NOTAS PARA UNA

HISTORIA DE LA CIRUGÍA URUGUAYA

Desde la Independencia hasta principios de este siglo

Raúl C. Praderi
Profesor de Clínica Quirúrgica de la Facultad de Medicina de Montevideo
Editor de Cirugía del Uruguay

y

Luis Bergalli
Mayor Médico. Cirujano del Hospital Central de las Fuerzas Armadas
Montevideo

1981
Montevideo

Prefacio

En el año 1980, con motivo del Cincuentenario de la Revista de Cirugía del Uruguay, escribimos estas páginas en forma de cinco artículos sobre Historia de la Cirugía en nuestro país. Fueron publicados en el volumen 50 de Cirugía del Uruguay (págs. 1-3, 95-102, 185-194, 288-295 y 391-400).

Los hemos reunido aquí agregando algunas fotografías y referencias obtenidas después de la aparición de los diferentes capítulos en la revista. Las ilustraciones y leyendas agregadas corresponden casi todas a la revolución de 1904.

Al escribir estas notas fue nuestra intención llenar el claro existente entre los tratados de Historia de la Medicina Uruguaya, de Velarde Pérez Fontana y Rafael Schaffino, y la tradición oral de los últimos 60 años.

Nos inspiró el deseo de unificar una serie de datos deshilvanados, algunos de ellos nunca publicados, y de dar a luz ciertos documentos fotográficos poco difundidos.

No tratamos en estos artículos el comienzo de la cirugía gástrica y de la hidatidosis, que también se inició a principio de siglo.

Hemos reunido material para seguir escribiendo sobre la historia más reciente de nuestra cirugía, pero ahora haremos una pausa.

Cuando nuestra actividad quirúrgica nos lo permita volveremos a esta labor de historiadores aficionados.

Finalmente deseamos agradecer a todos los que nos ayudaron en la búsqueda y obtención de información y documentos para la preparación de estas notas. Fueron ellos los Dres. Alfredo Pernin, Folco Rosa, Washington Buño y Alfredo Navarro; los coroneles Juan Cambiasso y E. Blás dos Santos; el teniente coronel Ángel Corrales y los Dres. Augusto Soiza, Fernando Mañé y José Urioste.

Raúl Praderi y Luis Bergalli

Notas para una historia de la cirugía nacional

> Porque, Dios me es testigo, Señor, y los hombres no lo ignoran, que hace más de cuarenta años que yo trabajo por el esclarecimiento y la perfección de la Cirugía.
>
> Ambroise Paré - 1564[(4)]

Hemos llegado al volumen 50 de Cirugía del Uruguay. Nuestra Sociedad de Cirugía cumple en setiembre 60 años de existencia. También el Congreso Uruguayo de Cirugía festejó el año pasado su 30° aniversario.

Durante este medio siglo la Revista cumplió con su obligación: la de publicar sin interrupciones todo el material científico presentado a esta Sociedad[*].

El progreso vertiginoso de la cirugía como el de todas las ciencias físicas y biológicas en ese período, ha superado lo que se había realizado en milenios, aun incluyendo los avances de nuestra profesión durante el fin del siglo pasado y los comienzos del presente.

Los momentos históricos de la medicina y de la cirugía que vivimos actualmente se suceden con tal rapidez que olvidamos a veces lo que hasta ayer era común y aceptado.

Para documentar lo viejo y lo nuevo, lo discutido antes y lo comprobado después, para informar de las novedades y analizar nuestra experiencia, se publica Cirugía del Uruguay.

En estos 50 volúmenes han quedado consignados el trabajo y las realizaciones de los cirujanos uruguayos. Pero al detenernos y releerlos comprobamos que ya pertenecen a la historia que insensiblemente hemos venido registrando durante años. Allí se acumularon el estudio, las revisiones bibliográficas, las experiencias clínicas y operatorias, los comentarios y las discusiones en sabrosas páginas que conservan aún su frescura y su vigencia.

No sólo hemos escrito la historia de nuestra cirugía, sino también la de nuestros cirujanos que encontramos a veces entre líneas al leer sus trabajos o en sus biografías, principalmente en una serie de artículos publicados en los últimos años titulados “Maestros de la cirugía uruguaya del pasado”. A pesar de ello revisando nuestros índices encontramos lagunas históricas y olvidos biográficos de trascendentes personalidades, como Pugnalin, Pouey, los hermanos Quintela, Arrizabalaga, Bottaro y otros que actuaron en la tercera y cuarta década de nuestro siglo como Turenne, Blanco Acevedo, Pérez Fontana, Surraco y Alonso.

Hemos hecho pocas referencias a la cirugía de fin del siglo pasado y principios de éste con excepción de algunas biografías. Para estudiarla tendremos en cuenta que desde principios de este siglo existen publicaciones científicas y artículos aparecidos en la vieja Revista Médica del Uruguay y en los Anales de la Facultad de Medicina de Montevideo. Otra fuente invalorable de referencias para el estudio del período comprendido entre 1881 y 1902, la constituyen las tesis de doctorado que eran obligatorias en esa época. Washington Buño y Hebe Bollini[(1)] acaban de publicar un magnífico volumen enumerando y comentando dichas tesis.

Felizmente el Archivo y la Biblioteca de la Facultad de Medicina de Montevideo, así como algunas bibliotecas privadas, conservan estos y otros

---

* En un editorial publicado el año pasado, en el Vol. 49 (1): 1 se relató la historia de esta Revista.

documentos que permitirán a los estudiosos recabar todos los datos necesarios para escribir sobre esa época de nuestra cirugía.

Es interesante leer estas tesis, unas manuscritas, otras impresas y finamente encuadernadas. Se encuentra en la última página de algunas, de puño y letra del decano el pase al tribunal de profesores que daban y suscribían su visto bueno en caso de aprobación.

En una de ellas anotó Pugnalin, entonces profesor de cirugía, el siguiente párrafo: "lo que el señor escribe ....no es una tesis, pero un buen contingente de historias clínicas sobre casos interesantes de .... y pocas palabras de su tratamiento".

Existen algunas tesis de cirugía anteriores a este período que fueron presentadas en París –la escuela francesa dominaba en nuestro medio– por Teodoro Vilardebó[10, 11] y Gualberto Méndez[5, 6]. Es curioso como se señala en ella la procedencia de los autores: Montevideo, América del Sur.

Pero la casuística de dichos trabajos era recolectada en Francia. La operación de Brasdor[10] consistía en la ligadura distal a los aneurismas de arterias poco accesibles en la raíz de los miembros: ilíaca, axilar, subclavia. Esta tesis de Vilardebó fue citada después en la bibliografía francesa por muchos autores.

Es el momento de señalar que en nuestro país el acervo bibliográfico no sólo se conserva en la Facultad de Medicina, sino que también existieron y existen magníficas colecciones personales de Cirugía que hemos tenido oportunidad de revisar. Dos de ellas, las de Alfredo Navarro y Luis Mondino, que fueron donadas a la Sociedad de Cirugía, se conservan parcialmente en su Biblioteca; las de Domingo Prat y Pedro Larghero, subsisten en parte. Otras fueron desmembradas (Clivio Nario, Clivio Durante), así como la Biblioteca enciclopédica de Velarde Pérez Fontana subastada el año pasado en Montevideo, algunos de cuyos ejemplares más valiosos fueron adquiridos por el Ministerio de Cultura para la Facultad de Medicina.

Durante el transcurso de este año trataremos de completar los claros de nuestra historia quirúrgica publicando en este volumen algunos artículos y fotografías referentes a los 50 años que precedieron a la aparición de nuestra Revista.

En cuanto a las épocas anteriores señalaremos que en nuestro país hubo cirujanos desde la Conquista Española. Felizmente la historia de este período se puede leer en dos magníficos tratados, ambos inconclusos, que llevan el mismo título: "Historia de la Medicina del Uruguay" publicados respectivamente por Rafael Schiaffino entre 1927 y 1952[4] y nuestro erudito colega Velarde Pérez Fontana en 1967[3]. Ambos autores relatan minuciosamente la Medicina y la Cirugía del período colonial, pero desbordando el tema escriben interesantes capítulos que van desde la nomenclatura anatómica en guaraní y la herboristería jesuítica[8] hasta el arte de navegar y el origen del ganado en el Uruguay[7].

En el tercer Tomo de Schiaffino figuran tres documentados capítulos sobre cirugía: 13, Los cirujanos de la revolución; 14, Los cirujanos del ejército auxiliar, y 19, Fina política, y alta cirugía.

Este autor publicó también un libro[9] sobre los cirujanos de Artigas.

El tratado de Pérez Fontana es en realidad un ameno libro de historia colonial que llega hasta los primeros años de nuestra República.

Transcribe este autor algunas interesantes publicaciones de esta época como la de Cayetano Garviso[3] que drenó con éxito por vía abdominal anterior y en dos tiempos un quiste pelvi-abdominal supurado en una mujer a la que

había intervenido por vía rectal previamente en dos oportunidades para evacuar el pus.

Este cirujano, de Pamplona, que trabajó en nuestro país, operó también en Montevideo a un paciente con un aneurisma de arteria ilíaca ligando por vía peritoneal la ilíaca primitiva izquierda[2]. La operación duró 12 minutos, sin anestesia, pero el enfermo falleció dos horas después.

Vilardebó, consecuente con su tesis[10], había propuesto en consulta la ligadura de la arteria femoral común por debajo del aneurisma.

Creía imposible hacerla por encima por considerar que el saco arterial llegaba a la aorta.

Lamentablemente no existen publicaciones conjuntas sobre nuestra historia quirúrgica que cubran el período posterior al tratado en dichas obras, o sea más concretamente desde la Independencia hasta la fundación de la Facultad de Medicina en Montevideo en 1876.

De esta época turbulenta de nuestra historia que incluye las Guerras Grande y del Paraguay, será necesario recabar datos de la historia militar pues donde había batallas, había cirujanos.

Más fácil será conocer la experiencia quirúrgica durante las Revoluciones de 1897 y 1904 de las cuales hay mejor información, incluso libros y memorias de médicos y cirujanos.

Gosset dijo que el Siglo de la Cirugía comenzó en 1848 con el advenimiento de la anestesia, pero en realidad el progreso mayor se produjo a fin del siglo pasado y en lo que va del siglo XX, con la aparición de la antisepsia y la asepsia que permitieron abordar sin riesgos las cavidades del tronco y el cráneo iniciando la cirugía visceral.

En nuestro país, simultáneamente con la llegada de la anestesia y la antisepsia, se crearon las Cátedras de Cirugía. Son estos hechos los que sin pretender escribir una historia de la cirugía uruguaya, trataremos de relatar en el transcurso de este año.

Referencias bibliográficas

1. **Buño W, Bollini H.** Tesis de Doctorado presentadas a la Facultad de Medicina de Montevideo, entre 1881 y 1902. Montevideo. Monteverde, 1980.
2. **Garviso C.** Memoria de un Aneurisma y ligadura de la arteria ilíaca primitiva. Montevideo. Imp. Caridad, 1838.
3. **Garviso C.** Disertación o memoria de un gastro-perihistero-quistotomía. Montevideo. Imp. Caridad, 1839.
4. **Malgaigne J.** Oeuvres completes d’Ambroise Paré. París. Bailliére, 1840.
5. **Méndez G.** Des polypes de l’uterus. París. Rignoux, 1857.
6. **Méndez G.** Du phlegmon et des Abcés de la paume de la main. París. Rignoux, 1857.
7. **Pérez Fontana V.** Historia de la Medicina en el Uruguay, Tomos I al IV. Montevideo. Imprenta Nacional, 1967.
8. **Schiaffino R.** Historia de la Medicina en el Uruguay. Tomos I al III. Montevideo. Rosgal, 1927, 1937, 1952.
9. **Schiaffino R.** Los Cirujanos de Artigas. Montevideo. Imp. Castro, 1950.
10. **Vilardebó y Matuliche T.** De l’operation de L’aneurisme selon la methode de Brasdor. Didot le jeune. París, 1831.
11. **Vilardebó y Matuliche T.** Ensayo sobre los medios que la cirugía opone a las hemorragias arteriales traumáticas primitivas. Buenos Aires. Imp. Independencia, 1832.

La cirugía militar en el Uruguay desde la independencia hasta la guerra del Paraguay

"Exmo. Sor.
Un decidido amor a mi patria, me inspira a no ser indiferente a una justa increpación contra ella; y siendo un deber suyo ser sensible al mérito de sus servidores, con gran razón el cirujano Cornelio Espilman podía calificarla de ingrata. Yo lo he visto acompañar a nuestro exercito, el era el único hasta entonces...
...América será siempre incapaz de hacer el menor desayre a quien ha cooperado a su libertad, con quien le suministra su clase y conocimiento".

José Artigas (Campamento del Cordón)
a la Junta de Buenos Aires. Junio 20/1811.

La historia del Uruguay en el siglo pasado fue rica en episodios militares. Después de la lucha por la Independencia se sucedieron las guerras con Brasil y Argentina, que culminaron en la Guerra Grande. Finalmente se realizó la Campaña de la Triple Alianza contra el Paraguay.

El autor relata la historia de la cirugía militar en ese siglo turbulento destacando la figura descollante de Spielman entre los cirujanos de Artigas, y la de Fermín Ferreira en las Guerras Grande y del Paraguay.

Señala el paralelo entre estas guerras rioplatenses y las que se desarrollaron simultáneamente en Europa y Norteamérica: Crimea, Secesión y Prusianas.

Introducción

El manifiesto de la Junta de Mayo del 30 de agosto de 1810, redactado por su Secretario Mariano Moreno, aspiraba a la sublevación de la Banda Oriental y del Estado de Río Grande del Sud contra Fernando VII y Juan VI de España y Portugal, respectivamente, y además, a la creación del Estado Oriental y del Estado Americano del Sud unidos a las Provincias del Río de la Plata(13). Como concreción de dicho movimiento se creó un Ejército al mando de Belgrano. El 10 de abril de 1811 es designado 2º Jefe de dicho Ejército, con el grado de Tte. Coronel, José Artigas, quien coordinará en la Banda Oriental el movimiento emancipador iniciado en Asencio por Viera y Benavídez el 28 de febrero anterior(14).

El 11 de abril de 1811, a partir de la proclama de Mercedes o Capilla Nueva, Artigas crea el primer Ejército Nacional. Por lo tanto, es también desde esa fecha el punto de iniciación de los Servicios Sanitarios de nuestro Ejército(14).

No somos historiadores ni pretendemos explayarnos en la historia nacional del siglo pasado, pero es indudable que para referirnos a los episodios vividos por la cirugía militar y sus cirujanos, en las campañas guerreras del siglo XIX debemos, forzosamente, citar en algunas oportunidades acontecimientos bélicos que, conocidos por todos, serán enfocados únicamente desde el punto de vista quirúrgico, muchas veces desconocido e indudablemente apasionante.

Desde ya debemos destacar que si bien nuestra vida institucional comienza en 1828, nuestro ejército principió en el 1811 y casi sin discusión, la organización sanitaria del ejército artiguista fue superior a todas las posteriores, aún en las guerras del 1897 y 1904 y en estos períodos, similar sólo a la del ejército blanco.

Hasta 1811, ya habían aparecido antecedentes y preceptos en el manejo de los heridos en guerra. Leonardo Botallo[23] en 1560 recomendaba la remoción del material extraño y la extracción de todo tejido muerto retornando la herida a un aspecto tan normal como fuese posible. Durante 200 años hubo poco adelanto de significación que contribuyera a un mejor cuidado de las injurias excepto por el concepto de Magati[10, 23] de dejar evolucionar solas las heridas y desaconsejando las curaciones frecuentes.

Pierre Joseph Desault[7] como señala Trueta[23], fue el fundador y verdadero maestro de la enseñanza del cuidado de las heridas de los tejidos blandos, usando por primera vez el término “debridamiento” y describiendo el método como una profunda incisión para explorar y drenar las heridas.

Más importante aún fue la reintroducción del concepto, primariamente descrito por Botallo, de excisión de todo tejido lesionado. Enseñó esos conceptos de debridamiento y excisión a sus alumnos, el principal de los cuales fue Dominique Jean Larrey, que a los 29 años era cirujano Jefe de Napoleón. En su muy importante trabajo de 4 volúmenes[9], Larrey recopiló las enseñanzas de Desault[7] y agregó el concepto del tratamiento temprano de las heridas, estableciendo en las campañas napoleónicas, ambulancias de campo, con lo cual le fue posible realizar debridamientos y amputaciones más precoces que cualquiera de las realizadas hasta esa fecha.

Se conoce muy poco sobre si los conceptos europeos fueron aplicados en nuestro país. Prácticamente fueron ignorados hasta 1904, cuando algunos cirujanos del ejército blanco tuvieron conocimiento de los trabajos de Friedrich, de 1898, que probaron concluyentemente la importancia de la excisión de todo daño tisular y tejido muerto y efectuaron debridamientos con excelentes resultados[17].

Hasta 1870, con la revolución de Timoteo Aparicio, los movimientos guerrilleros desarrollados en nuestro país y aún en la participación de nuestros soldados en el exterior, fueron básicamente de luchas con lanzas, espadas y armas de fuego de grueso calibre y baja velocidad.

A partir de entonces con la introducción del fusil de caño rayado y balas de cañón huecas, las lesiones viscerales fueron distintas. El Uruguay siguió paralelamente la evolución de la cirugía militar mundial. Así los heridos de miembros con compromisos vasculares u óseos importantes que llegaron a los cirujanos eran amputados. Secundariamente la gangrena o el tétanos hacían su aparición o infecciones a piógenos producían hemorragias secundarias. Así, entre otros murieron luego de heridas simples, Manuel A. Artigas, Bernabé Rivera, etc. Esto, reitero, no pasaba sólo en nuestro país. En 1864 Pirogov[19], cirujano ruso de la Guerra de Crimea, 10 años antes, decía que no había visto sobrevivir a ningún herido con compromiso vascular o con fístulas arterio-venosas[12].

En nuestro país fue axiomático que todo paciente con compromiso vascular u óseo severo fuese amputado.

Como veremos, en el parte de los heridos que llegaron al Maciel luego de las batallas de Tres Árboles o Mansavillagra, tanto en 1897 como en 1904, no existen heridos de abdomen. Es conocida por todos la nihilística actitud de los

cirujanos de la época, militares y civiles, hacia los heridos de abdomen, cuello, cabeza y tórax.

La historia moderna del manejo de los heridos con compromiso abdominal recién se inicia en la guerra de los Boers (1899-1901) cuando Sir William Mc Cormac, cirujano Jefe consultante en el campo sudafricano, declaraba: "En esta guerra, un hombre herido en el abdomen muere si es operado y permanece vivo si es dejado en paz"[1, 5].

Aunque primero estuvo inclinado a la intervención quirúrgica de los heridos, fue forzado a invertir su pensamiento luego de observar los pobres resultados subsiguientes a laparotomías.

La duración de las batallas, la dificultad para recuperar los heridos y la distancia a las cuales se situaban los hospitales de sangre militaban, tanto en nuestro país como en el resto del mundo, hacia la conducta no intervencionista. Sir George Makins[11], en la misma campaña de Sud África establecía que aunque el colon puede exteriorizarse permitiendo a veces que espontáneamente se drene un absceso secundario, el intestino delgado no curará de esa forma y un pronóstico fatal será inevitable, a menos que sea reparado. También decía que aunque el proyectil atraviese aquella porción del abdomen conteniendo el intestino delgado, el yeyuno íleon puede haber escapado a la injuria. Esto, que es perfectamente conocido actualmente, era lo único que según Makins posibilitaba que un herido evolucionara a la curación.

Correspondencia cronológica entre la guerras rioplatenses y de ultramar

		1796-1815	Napoleónicas
1811-1826	Independencia		
1839-1852	Guerra Grande		
		1853-1856	Crimea
		1861-1865	Secesión
1864-1870	Paraguay	1866	Austro-Prusiana
1870-1872	Revolución de las Lanzas	1870-1871	Franco-Prusiana
1897	Revolución Nacionalista		
		1899-1902	Anglo-Boer
1904	Revolución Nacionalista	1904-1905	Ruso-Japonesa

A comienzos de nuestro siglo había dos escuelas de enseñanza y de conducta con los heridos de abdomen. Las escuelas germana y centroeuropea y, por lo tanto, la americana, que eran intervencionistas, y la escuela francesa, inspiradora de nuestros maestros cirujanos de la época, abstencionista. Tanto en la guerra Ruso-Japonesa como en la Franco-Marroquí (1904)[1], la no intervención fue la política prevalente. Se debe reconocer como una excepción a quien es considerado como un verdadero adelantado: Princess Gedroitz, entrenado en Alemania, que en la guerra Ruso-Japonesa de 1904[1] diseñó un vagón de ferrocarril que, instalado a pocas millas del frente, le permitió realizar operaciones en heridos de abdomen, con suerte variada, a poco tiempo de producida la lesión.

Entre los heridos llegados a Montevideo hasta el 1904, en todas las campañas, menos del 1% fueron de abdomen. Los pacientes podían mejorar los 3 o 4 primeros días con opiáceos, nada por boca y posición de Fowler. Eran instalados en el hospital fijo, donde rápidamente comenzaba su deterioro que fatalmente los llevaba a la muerte.

Es escasa también la información en cuanto a tratamientos en los heridos de tórax(3). De cifras obtenidas de guerras internas de Estados Unidos de fines del siglo, que creemos comparables a nuestro medio, la mortalidad de los heridos torácicos era de un 30%, los empiemas eran otro 30%. Todas las heridas tóracoabdominales eran mortales.

Hemos debido hacer estas precisiones porque aquí no se van a encontrar demostraciones de técnicas quirúrgicas o conductas terapéuticas precisas, porque no las hubieron. Pero sí queremos destacar que hubo numerosas ideas y cirujanos que participaron heroicamente en las campañas de guerra desarrolladas por nuestro Ejército.

Período artiguista(21)

La revolución emancipadora de 1811, en la Banda Oriental, tuvo claras diferencias con la operada en Buenos Aires el año anterior. Según Bauzá, la revolución si fue tal, en Buenos Aires tuvo un carácter municipal, siendo las propias autoridades municipales las que deponen al delegado del Rey de España, pero manejarán las finanzas y todo el andamiaje administrativo que no sufre mayores cambios, sobre todo desaparecido Mariano Moreno.

En la Provincia Oriental, Montevideo a la sazón con aproximadamente 30.000 habitantes, permanece fiel a España y es en la campaña donde se produce el cambio revolucionario. Se debe improvisar en ese medio todo: ejército, administración, recursos y provisiones. No es de extrañar que en lo referente a la organización sanitaria también se debió improvisar.

Artigas consideraba de primera importancia el cuerpo sanitario de su ejército ya sea en la actividad bélica como en la organización sanitaria civil posterior a 1814.

Se basaba en la presencia de cirujanos militares de primera línea de acción para el curso de batallas, hospitales de sangre para recibir los heridos, y la posibilidad de desplazarlos luego a hospitales fijos.

Durante la dominación española, como dicen V. Pérez Fontana(16) y R. Schiaffino(21), sólo Montevideo tenía establecimientos capaces de actuar como hospitales con adecuado servicio. Siendo plaza fuerte y llave del Río de la Plata, la gran guarnición tenía allí su Sede y los hospitales del Rey, de la Marina y de la Tropa estaban afectados a ella, además del de la Caridad, que era para la población que ya constituía un tercio del total de la Provincia.

Durante su epopeya, no pudo Artigas contar con Montevideo y sus instalaciones hospitalarias, puesto que era fiel al Rey. Aún después en poder de los patriotas tampoco fue base estable de sus fuerzas, ya que por motivos estratégicos, el punto neurálgico del movimiento de sus fuerzas debía ser un punto central del territorio Federado que él gobernaba. Como luego veremos, diversas circunstancias convirtieron a Montevideo en una plaza hostil a Artigas más que en un apoyo logístico.

Fuera de la Capital sólo existían exiguos hospitales de los que se pudiera disponer. Los centros a los cuales se recurrió fueron Minas, Cerro Largo, San José, Canelones, Santa Lucía, Colonia y en el norte Paysandú y Purificación.

La entrada de Lecor en la Capital el 20/1/1817 dejó al caudillo en las más precarias condiciones, sin el apoyo sanitario del este y sur. Al tener el ejército de F. Duarte sobre Montevideo, Artigas crea un nuevo Hospital fijo, primero instalado en Florida y luego trasladado a Durazno, que pudiera brindar apoyo sanitario al ejército de vanguardia. La Dirección Técnica fue confiada a su Cirujano Mayor, C. Spielman. Merecen conocerse las disposiciones que con el título de Instrucciones dictó Artigas al cirujano, desde su Cuartel General en Marcha:

"Instrucciones que deberá observar el contralor del Hospital del Ejército en la Villa de la Florida".

Entre otras de orden administrativo extraemos las siguientes:

2. Puesto en planta dicho establecimiento, se numerarán las camas y con asistencia del facultativo colocará a los enfermos en las que le sean señaladas, no permitiéndoseles salir para caso alguno sin que proceda el consentimiento del Médico, a cuyo efecto tendrá constantemente a sus órdenes una guardia, con las cuales mantendrá el silencio y la tranquilidad que requiere este destino.

3. No recibirá otros individuos que los de tropa, tanto en este ejército como los que dependan en las partidas de San José y se hallaren actualmente en servicio de las armas, previa la baja de sus Comandantes, sin cuyo requisito no serán admitidos excepto aquellos casos en que sea preciso atender algún herido de peligro.

6. No podrá restituirse individuo alguno, al lugar de su dependencia, sin que el facultativo no le dé por curado perfectamente, para cuyo fin debe llevar un registro escrito de la entrada y salida, a saber, las hospitalidades que hubiesen causado cada uno.

Está firmado por Artigas el 14 de febrero de 1817. Lamentablemente el diario que luego fue llevado por el cirujano Spielman se ha perdido.

Pero generalmente el ejército en marcha o en campaña tenía un hospital ambulante, que iba a retaguardia junto al parque y al vecindario. Nunca cayó en manos enemigas, aún en la derrota. Dice De María que estaba constituido por largas filas de carretas de enormes ruedas, todas construidas de madera, sin un solo clavo, con techumbre abovedada, cubierto de cuero, con capacidad para llevar 6 camillas y sin ellas el doble de heridos. El paso lento de los bueyes uncidos en 3 o 4 yuntas, hacían su andar menos molesto para los dolientes. A estos hospitales se refiere Artigas numerosas veces, sobre todo durante las luchas con los portugueses, donde exigía su presencia a la menor distancia posible para desprenderse de los heridos que retardaban las marchas del ejército, contemplándose a un mismo tiempo las condiciones para una más rápida curación.

Así después de la derrota del Queguay Chico escribía Artigas a F. Duarte, comandante de su retaguardia: "Que esperaba al Cirujano Henestrosa para hacer allí las primeras curas a los otros infelices que quedaran abajo y esperaba las carretas siquiera para que tengan una curación y pasarlos allí" (22 de julio de 1818).

De las referencias de la época, y sobre todo de las del cirujano Francisco Martínez, se infiere que primariamente los médicos iban hacia los heridos en el campo de batalla y secundariamente eran trasladados al hospital móvil y luego a instalaciones fijas.

Si los cirujanos del ejército, marina y los médicos de la ciudad optaron en Buenos Aires por la Revolución siguiendo a las autoridades del protomedicato, todo el escalafón militar y civil de Montevideo permaneció adicto al Rey y los patriotas tuvieron que recurrir al concurso de cirujanos rurales, a los boticarios de los pueblos, a los sangradores y aún a formar sus propios elementos sanitarios de los soldados de filas.

Si bien el Protomedicato de Buenos Aires en un principio trató con sus recursos, no muy abundantes es cierto, de mejorar la situación de la sanidad militar artiguista, ninguno de sus delegados permaneció a su servicio más allá del límite a que llegaron las relaciones cordiales con el Gobierno Central.

Producido el levantamiento de Viera y Benavídez se une a ellos el primer cirujano militar: Gaspar González. Era de origen español y boticario en Mercedes. Asistió a la toma de San José el 25 de abril de 1811 por V. Benavídez y su actuación en la ocasión mereció la inclusión de su nombre en el parte a la Junta de Buenos Aires. En este combate cayó herido el Capitán Manuel A. Artigas, primo del prócer, y a consecuencia de complicaciones, posiblemente una gangrena sobreagregada a una herida banal de pierna por bala, muere un mes más tarde, el 24 de mayo de 1811. Dice Bauzá que creyéndose leve la herida no se atendiera, "ese error diagnóstico hizo tal vez que se le descuidara o quizás los escasos recursos disponibles impidieron a Don Gaspar González, cirujano de los patriotas, atajar el mal a tiempo". Como bien dice Schiaffino, no cabe tal reproche, porque aunque la herida fuera de las partes blandas, no podía presumir ningún cirujano las complicaciones frecuentes de infecciones de las heridas y menos aún el tétanos o la gangrena en personas en estrecho contacto con caballadas.

El más representativo de los cirujanos de Artigas fue sin duda Cornelio Spielman. Fue el "único" como el mismo Artigas lo denominara y el último que lo acompañara a Entre Ríos en 1820.

Era originario[21] de Hamburgo, cursó estudios en la Universidad de Leyden donde era profesor Boerhaave, famoso por su descripción de la ruptura espontánea de esófago. Su llegada al Plata se relaciona con el arribo del bergantín francés Consolateur, a cuyo mando venía el Capitán D'Auriac o D'Auria, en 1807. Trabajó primero junto a Artigas, luego en las provincias del litoral argentino, más tarde fue Jefe Sanitario del Gobierno del Cerrito, siempre con el gran respeto de sus amigos y ocasionales adversarios como lo demuestra el Certificado de sus méritos dado por el Dr. Fermín Ferreira, Cirujano Mayor del Ejército del Gobierno de la Defensa, en 1852. Spielman acompañó a Artigas en toda su trayectoria en el Uruguay a partir de su designación como Cirujano Mayor Asistente el 30 de abril de 1811 por decreto del General M. Belgrano, Jefe del Ejército. Junto al Dr. Miguel Santisteban actuó como médico cirujano en la Batalla de Las Piedras.

La labor de ambos cirujanos debe haber sido ímproba en esa fecha. Spielman actuó en el Hospital instalado en la ciudad de Las Piedras mientras que Santisteban lo hizo en el campo de batalla. Según el parte de Artigas hubo 11 muertos y 28 heridos entre sus tropas. Los españoles tuvieron 97 muertos y 61 heridos. Como la rendición fue total e incondicional, todos los heridos fueron atendidos por el hospital de Spielman. Tres días después fueron canjeados 48 heridos españoles por similar número de prisioneros del ejército de Belgrano en el Paraguay. Se desconoce qué sucedió con esos 13 heridos que faltan en la contabilización previa. Cornelio Spielman falleció en Buenos Aires en 1855.

También fue cirujano artiguista y muy allegado al caudillo el médico británico Pedro Alen. Aparece en notas del sitio de Montevideo el 26 de febrero de 1813 y estuvo entre los primeros que ocuparon la ciudad en 1814. Acompañó a Artigas en toda su campaña hasta su pasaje a Entre Ríos luego de 1820.

El Dr. Francisco Martínez era cirujano de carrera, originario de Maldonado donde había nacido en 1779. Participó de la atención de los heridos ingleses en 1806 y fue encargado del hospital de sangre de los defensores de Montevideo posteriormente. En el año 1814 es diputado por Maldonado frente a Artigas, en el Congreso del Arroyo de la China donde se ratificaron las Instrucciones del Año XIII reclamando el sistema Federal para las Provincias Unidas. De inmediato fue nombrado Cirujano del Ejército patrio y en tales circunstancias, iniciada la invasión portuguesa le cupo participar como cirujano del campo de batalla en la derrota de India Muerta, donde los portugueses de Lecor vencieron a Rivera. Fco. Martínez hace un dramático relato de la jornada y días posteriores. Estuvo atendiendo heridos desde las 5 de la tarde a las 11 de la noche (por lo menos 200) en medio de un peligro inminente porque "la dispersión era grande y la mayor parte de los dispersos estaban ebrios". Entre los heridos debió asistir a algunos oficiales heridos. Uno de ellos el Ayudante de Rivera, el Cap. Gerónimo Duarte, falleció días después según el relato del Dr. Martínez.

"Duarte sabiendo que venía la Sra. de Rivera al Hospital de Minas a visitar los heridos (6º día luego de la batalla) se levantó y abrió una ventana, contra una prohibición formal mía, por donde entró un fuerte viento del sud, que al instante le hizo experimentar un trismo y enseguida un tétanos que a las 48 horas lo condujo al sepulcro".

Martínez, casi de inmediato pidió la baja del ejército y se retiró por motivos de salud a San Carlos.

Fueron también cirujanos de Artigas, Francisco Montero y Gregorio Henestrosa, a los cuales se refiere Artigas como encargados de los Hospitales Móviles en diferentes oportunidades.

Una mención especial merecen los sitios de Montevideo. El primer Sitio se inició el 21 de mayo de 1811 y tuvo poca repercusión en la plaza. Concluyó el 20 de octubre del mismo año.

El 1° de octubre de 1812 inició Culta el segundo Sitio, que se desarrollará al mando de Rondeau contando con apoyo sanitario de la Junta de Buenos Aires. La batalla del Cerrito se enmarca en este 2º Sitio, el 31 de diciembre de 1812. Eran cirujanos del ejército auxiliar Manuel A. Casal, Pedro Martínez y Sebastián Saborido, que es quien actúa en la batalla del Cerrito, encargándose de la instalación del hospital de batalla en Casavalle, donde ese día acuden a atenderse 200 heridos.

Los calores de ese verano, los malos cuidados de asistencia en Montevideo, en el Hospital Real, la falta de agua en los aljibes y el hecho de que los sitiadores coparan los pozos de la Aguada, determinaron que la poca agua que había estuviera en malas condiciones, "salobre y pestífera" dice Acuña de Figueroa[(21)]. Ello determinó la aparición de numerosas epidemias, especialmente erisipela y fiebre amarilla. Al terminar el sitio el 23 de junio de 1814, luego de 21 meses de asedio, Montevideo sólo tenía 10.000 habitantes, habiendo muerto 20.000; como resultados de combates sólo 818, con 531 heridos que quedaron mutilados.

Las condiciones reinantes en la plaza, su odio inherente a los sitiadores por las condiciones de vida sufridas durante casi dos años, motivaron que los

sucesivos gobiernos de Otorgués, Barreiro y Rivera fueran hondamente impopulares y hostiles a la población de Montevideo.

El ejército republicano[21]

Cuando desembarcó Lavalleja, no traía ni una vanguardia ni una compañía siquiera de un cuerpo de ejército organizado. Carecía por lo tanto de un plan de organización. Parece natural, por lo tanto, que ni el jefe de Ejército ni los caudillos reclamasen servicios de Sanidad. Al presentarse en las líneas orientales una persona que se dice cirujano ofreciendo sus servicios, Manuel Oribe lo acepta y envía a Lavalleja. Es Antonio Benito San Martín, primer cirujano de la Cruzada patriótica, quien se hace cargo de la dirección del Hospital de Florida, reconstruido por Felipe Duarte el 16 de agosto de 1825. Pedro Velarde es el 2º cirujano, al frente del Hospital de Durazno. Fueron además cirujanos de la época Francisco Floribal de Flores y el francés Santiago Rapet en San José.

La dificultad de obtener cirujanos era tan grande que Lavalleja en el cuartel general de Florida designa cirujano en la zona del Pintado al boticario de la zona, Pedro el Chiquito

El 24 de setiembre de 1825 tiene lugar el combate del Rincón, precedido en algunos días por la derrota del Águila. Según el propio parte de Rivera, al no contar con Servicios Médicos, evacúa todos sus heridos (41, entre ellos 5 oficiales) al enemigo, el Mariscal Abreu, para ser trasladados al Hospital de Capilla Nueva (Mercedes).

Sin heridos, Rivera puede movilizarse rápidamente y unirse a Lavalleja a la altura de Sarandí en la madrugada del 12 de octubre, donde se produce el encuentro con las tropas brasileñas. Los patriotas tuvieron 33 muertos y 90 heridos mientras el ejército brasileño 572 muertos y 133 heridos. Los heridos fueron trasladados al Hospital de Durazno, que había sido refaccionado por el entonces Coronel Felipe Duarte, y en el cual prestaron atención Pedro Velarde como Cirujano Mayor, Benito San Martín y Francisco Floribal. La Junta de Buenos Aires ayuda al Cuerpo Sanitario enviando dos cirujanos: José Torasso, italiano de Turín, y Antonio Tully, cirujano de la Marina francesa.

Con el triunfo de Sarandí, Buenos Aires se decidió a apoyar a la Provincia Oriental, que en la Asamblea de la Florida había votado su reincorporación y como consecuencia, declaró la guerra al Brasil en diciembre de 1825.

Iniciada ésta, uno de los episodios médicos más excepcionales tiene lugar como consecuencia de la batalla naval de Los Pozos frente a Buenos Aires, el 29 de julio de 1826. En esa oportunidad la escuadra brasileña debió retirarse con su almirante el capitán Juan Pascual Greenfell gravemente herido, mientras la muchedumbre en Buenos Aires aplaudía el regreso de la escuadra del Almirante Brown.

El almirante Greenfell, gravemente herido en un brazo, fue traído a Montevideo donde solicitaron, los cirujanos ingleses y del ejército brasilero, una consulta con el Dr. José Pedro de Oliveira, a la sazón la figura médica más importante de ambas márgenes del Plata. Cirujano de origen brasileño, había venido en 1817 con las fuerzas de Lecor y se había radicado en Montevideo, luego de la separación de Brasil de Portugal.

La historia clínica fue contada personalmente por De Oliveira en Rio de Janeiro, en el periódico “Astrea” del 20 de abril de 1827[26]: “El valiente Greenfell, no obstante sus 26 años, era de constitución delicada. Por orden del Presidente Gobernador, recibí la orden como todos los cirujanos de verlo en

casa del señor Jackson. Habían transcurrido 8 días de la herida y traía el brazo tan voluminoso e inflamado que no se podía investigar si había fractura. Tratóse el eritema, se desflojisticó el brazo y se desengurgitaron los vasos por la supuración, cuando bruscamente sobrevino la fiebre traumática y gran excitación del sistema nervioso, con espasmo de los músculos ofendidos y en seguida el trismo, con contracciones dorsales, referencia del dolor al plexo celíaco, a cada sacudida espasmódica y demás características del tétanos mortal. Los tales movimientos hacían ver que la fractura llegaba hasta el cuello del húmero, porque los músculos gran pectoral, gran dorsal y gran redondo llevaban para adentro la extremidad superior al fragmento inferior y a la vez el supraespinoso, el infraespinoso y el pequeño redondo hacían ejecutar al fragmento superior un movimiento que atraía hacia el lado exterior la superficie de la fractura.

Ante el aspecto alarmante de este estado nervioso tuve una consulta con el Sr. Mac Lean, médico de cabecera, el Sr. J. Steiret, primer cirujano de la corbeta de guerra “Rangel”, y el Sr. Glass, en lo que coincidimos en la necesidad de la operación a colgajo.

Esos cirujanos tuvieron la amabilidad de ayudarme en la operación que fue un tanto trabajosa, no siéndome posible colocar el brazo en posición adecuada por la dislocación de la cabeza del húmero, el miembro muy pegado al tronco por la rigidez de los músculos, sin continuidad en el hueso y sumamente irritado pero asimismo fue bien ejecutada”.

“Todos los cirujanos presentes votaron por la operación que nunca habían visto hacer, que consistió en una desarticulación escápulo-humeral. Destacó el admirable espíritu, coraje y resignación con que el paciente sufrió todo, los funestos signos de una muerte inevitable cedieron poco a poco después de la operación y el tétanos fue combatido con dosis refractarias de opio y extracto de Hyosciamus. Finalmente el Sr. Greenfell escapó de la muerte”... “El acto quirúrgico es grave por el peligro inmediato, por las hemorragias, por el corte de los nervios del plexo braquial, por los muchos vasos sanguíneos y por la proximidad del centro circulatorio”.

Un detractor del Dr. de Oliveira, refiriéndose al hecho de la publicidad que se dio a la operación manifiesta en el mismo periódico “Astrea”... ...“perdono... la ofensa atroz que me hace y la herejía quirúrgica que establece, de decir que la operación escápulo-humeral es la más cruenta y difícil que tiene la cirugía, sin acordarse que la de la talla es más difícil y pesada. Lea a Larrey y se convencerá...”.

Constituido el Ejército republicano, reunido en San José, comienza su marcha al mando del Gral. Soler hacia Río Grande en julio de 1826. El Cirujano Mayor era el Dr. De Paula Rivero, figurando entre sus integrantes, Francisco Muñiz, Victoriano Sánchez, Fermín Ferreira y Daniel Torres.

El 20 de febrero de 1827 tuvo lugar luego de varias escaramuzas la Batalla de Ituzaingó.

De excepcional violencia, tanto Chilavert(6) como el entonces Teniente Brito del Pino(21) nos refieren algunos rasgos que gravitaron para el tipo de heridos presentes... “El campo estaba ardiendo por los cuatro costados; hacía un sol abrasador...”. La mayoría de los heridos murieron quemados por el fuego que se desató en los campos.

Luego del día de la acción murieron otros 16 heridos, en su mayoría quemados. A pesar de la victoria, Alvear ordenó una increíble retirada. Inclusive en San Gabriel decidió abandonar los heridos, a pesar que el Hospital estaba montado con 32 carros cubiertos para recibir heridos, los que no quisieron quedarse en San Gabriel; parecía una derrota y los heridos murieron por el camino. El posterior Gral. Brito del Pino, herido también, cuenta parte de su odisea: "el primero de marzo murió el Cap. Donado, sus heridas eran mortales en el abdomen; el 4 llegan a Santa María, muere otro herido. Doce días después del triunfo de Ituzaingó nos retirábamos pobres, faltos de todo, sin movilidad y en medio del disgusto general. El 6 le amputaron el brazo a un herido, el 15 el mismo murió de gangrena".

Los heridos alcanzaron desde Ituzaingó, en retirada, hasta Durazno. Estas circunstancias determinaron la resistencia de los Jefes subalternos hacia Alvear quien debió renunciar sucediéndole el General Lavalleja, sin que pudiera pensarse en accidentes de envergadura de una parte u otra dejando actuar a la diplomacia incentivada por la acción de Rivera en las Misiones, que contó como Médico a Benito San Martín. En estas circunstancias se recibe de Médico, el practicante Fermín Ferreira.

Fermín Ferreira[8, 20]

La Guerra Grande. La Guerra del Paraguay

Entre 1830 y 1870, la cirugía militar oriental gira alrededor de la figura de Fermín Ferreira. Durante este período, de continuas luchas civiles, hay dos grandes episodios bélicos que lo tienen como principal protagonista: la Guerra Grande y la Guerra del Paraguay.

Ferreira nació en Bahía, traído por Lucas Obes, de quien se dijo era hijo natural, fue criado en su hogar, es decir en el principal hogar y ambiente de la época. En 1816, y como consecuencia de la invasión portuguesa, Lucas Obes para evitarse problemas, envía a su pupilo a estudiar en Buenos Aires. Se recibió de Cirujano, profesor de Cirugía, en 1825, y el 12 de agosto de 1826 el Gobierno de las Provincias Unidas le confirió el grado de Capitán Cirujano en el Ejército Republicano. Como tal participó en los combates de Ombú, Camacuá e Ituzaingó.

Se recibió de Médico Cirujano en Buenos Aires el 7 de mayo de 1829. El 14 de diciembre de 1829 el Gobierno Provisorio de la Banda Oriental lo nombró Cirujano Mayor interino del Ejército.

Con la creación del Consejo de Higiene Pública, el 16 de setiembre de 1830, Ferreira entró a figurar en él y dio principio a sus actividades en las Salas del Hospital de Caridad.

En 1838, interviene luego de la derrota de Palmar, en la autopsia del General Manuel Britos, que detenido por Ignacio Oribe acusándolo de negligencia en la lucha es enviado engrillado a Montevideo, falleciendo antes de llegar. La autopsia determinó que falleció como consecuencia de una grave afección vésico-renal anterior.

En 1839, se encontró en la batalla de Cagancha, actuando como cirujano Jefe de Rivera, junto a Benito San Martín. En esta batalla, acontecida a final de diciembre de dicho año, Rivera vence a Echagüe. Ferreira corrió grave peligro, ya que fuerzas de la caballería rosista, en determinado momento,

invadieron el Hospital montado por él, matando a los heridos allí presentes y al personal de Servicio, salvando su vida por milagro.

Iniciada la Guerra Grande, Ferreira se dirigía a unirse a Rivera en la campaña, cuando se enteró de la derrota de Arroyo Grande volviendo apresuradamente a Montevideo, donde organiza la Sanidad de la Defensa.

El 23 de octubre de 1843 se estableció el Hospital Militar y Ferreira estuvo entre sus Directores.

Dice Bonavita[2]: “Ferreira era un supercivilizado para su época. Su noble faz dolorosa, que contemplamos en los daguerrotipos, acusa el encontronazo tremendo de su alma y su inteligencia de blanco, con sus rasgos negroides y su oscura piel”.

Fermín Ferreira fue designado como Cirujano Mayor del Ejército el 12 de mayo de 1844.

El 3 de febrero de 1843 había sido designado para organizar la Sanidad de la Defensa y el Hospital Militar el Dr. Juan Gualberto Tigrimbú. Se supone que perteneció a la Sanidad del Ejército Brasileño, pasando a residir en la zona de Capilla Nueva, Soriano, viniendo a Montevideo luego de la derrota de Arroyo Grande.

Designado en su cargo, salió a la campaña, y en las cercanías de Durazno, en Azotea de Arrue, una columna oribista desprendida de la división comandada por el Coronel M. Barreto, cayó sobre su Hospital sin custodia militar. Fueron muertas así, más de cien personas entre las cuales el propio Tigrimbú[8].

Una sala del Hospital Militar de Montevideo recibió su nombre.

Dice Schiaffino[20], que toda la acción dirigente de la organización sanitaria de la defensa se debió a Fermín Ferreira, quien con una actividad incansable, atendía todos los servicios, y llevaba su consejo y trabajo a todas las comisiones. Como miembro de la Comisión de los Hospitales Militares primero y como Cirujano Mayor luego, organizó y dirigió la Sanidad Militar. Era al mismo tiempo miembro de la Junta de Higiene, Presidente de las Comisiones Inspectoras de Víveres y Mercados, médico de la Sociedad Filantrópica y de su hospital y médico del Hospital de Caridad, y más tarde miembro y Presidente del Consejo de Notables de la Nación.

De la misma forma que Ferreira en el Gobierno de la Defensa, en el Gobierno del Cerrito la figura médica más importante fue Cornelio Spielman, el mismo médico de Artigas, ayudado por los Dres. Azarola, Ordeñana y Capdehourat. Este primero colaboró con la Defensa y luego, con su Sanatorio instalado en la calle de Las Maroñas, se pasó al Gobierno del Cerrito.

El Gobierno de la Defensa contó, además de los Hospitales de Sangre, con el Hospital de la Sociedad Filantrópica de Damas, atendido por los Dres. Cansttat, Vilardebó, Portela, Chousiño, Neves y F. Ferreira.

Pero además la Legión Italiana tenía su Hospital con su Cirujano, el Dr. Juan B. Siffredi, los legionarios franceses contaban como cirujano al Dr. Martin de Moussy, junto al Dr. Mollet. En el Hospital de Caridad, eran cirujanos los Dres. F. Ferreira y Gutiérrez Moreno.

El 2 de mayo de 1847, el Dr. Adolfo Brunel, francés radicado en Montevideo, realiza la primera anestesia general con éter, para nuestro país y para Sudamérica. Pese a todas sus actividades, Fermín Ferreira el 11 de febrero de 1848 utiliza el cloroformo por primera vez en el Uruguay.

El cloroformo recién había sido aplicado a anestesia general por Simpson en Edimburgo, en noviembre de 1847.

La Guerra Grande termina el 8 de octubre de 1851. Toda la patria vive[18] más los acontecimientos de la salud de Garzón que la propia conclusión de la guerra[2]. El 7 de noviembre atienden en consulta al enfermo Ferreira, y los Dres. Odicini, E. Muñoz, Brunell, Michaelson, de Moussy, Bruno, Siffredi y Oliveira. Frente a ellos, que hicieron el diagnóstico de aneurisma de aorta ascendente, luético, se opone Capdehourat, que llegado a Las Piedras desde la Villa de la Restauración, prometió curar al paciente. Sin embargo, el General muere el 30 de noviembre.

El 2 de diciembre se realizó la autopsia del General Garzón: "Once médicos presididos por Fermín Ferreira llegan a la conclusión de "un saco aneurismal grande como la cabeza de un recién nacido, que se apoya sobre el lóbulo superior izquierdo, estando éste comprimido por el tumor e infiltrado por la hemorragia terminal. Tenía una ruptura del tamaño de una moneda de 6 veintenes"[2].

Presidida por Fermín Ferreira, la Junta de Higiene le establece juicio a Capdehourat. De él se destaca el enfrentamiento de Ferreira y el acusado. Se comprueba el error diagnóstico y que el paciente recibió dosis mortales de ácido arsenioso y bicloruro de mercurio. Si Garzón no hubiera muerto por la ruptura del aneurisma, lo habría hecho por la intoxicación mercurial. Capdehourat debe dejar de ejercer la medicina por 6 meses.

El 2 de febrero de 1852 se produce la batalla de Caseros. El Cirujano Mayor y Jefe de la Sanidad de la División Oriental en esa contienda fue el médico de origen francés Lorenzo Lons. A nuestra división se le acusa de haber matado a todo el cuerpo médico rosista, a sus enfermeros y heridos al terminar esa batalla.

El 22 de octubre de 1853 fallece Juan Antonio Lavalleja. Se le efectúa la autopsia motivada por rumores que corrieron como consecuencia de su muerte. Esta autopsia es practicada por los Dres. Vavasseur, Vilardebó y Correa. Pero es presidida por Fermín Ferreira. Concluye como lo ha demostrado Bonavita[2] en un tremendo error forense.

Fermín Ferreira fue designado Rector de la Universidad en 1859, por dos períodos, hasta 1863. Ya era vocal del Consejo Universitario desde el 15 de julio de 1849.

En 1863 fue deportado a Buenos Aires. Organizó el Servicio Sanitario de la Cruzada Libertadora de Flores. Como Jefe de los Servicios Sanitarios participó en la toma de Paysandú el 19 de enero de 1865.

El 18 de julio de ese mismo año es designado Rector de la Universidad por cuarta vez.

Por una afección pulmonar no concurrió a la Guerra del Paraguay[4]. Tampoco en su carácter de Cirujano Mayor designó ninguna misión sanitaria.

Las tropas orientales participaron allí desde el mes de julio de 1865 hasta el 29 de diciembre de 1869, cuando retorna el Brig. General Castro con 150 hombres de los 1.500 que habían partido.

En su diario, León de Palleja[15] reclama al Dr. Fermín Ferreira: "¡Qué reflexiones le asaltan a uno al presenciar estas escenas que desgarran el corazón! Tiempo es que ya esté con nosotros el Cirujano Mayor del Ejército Dr. Dn. Fermín Ferreira. ¿Será posible que este antiguo amigo a quien tanto debemos todos aquellos que hemos experimentado su experiencia y amable trato, será posible, repito, que se haga sordo a nuestros ruegos? ¿Qué será de nosotros el día que tengamos cien o doscientos heridos? No trato de herir a nadie; pero entiéndase que esto no puede subsistir más tiempo. Sin cirujanos hábiles con sus correspondientes instrumentos y vendajes, habremos de

recurrir a los medios heroicos y expeditivos que cuenta Garibaldi se empleaban en el ejército, cuando había un militar gravemente herido"... "(10 de julio de 1865) Continúan asimismo las enfermedades y se hace sentir sobremanera la falta de hospital de campaña. Es decir, carretas o furgones como tienen los argentinos para servicio exclusivo del hospital que con su cirujano, practicantes y enfermeros con parihuelas y demás accesorios, estén prontos a recibir y cuidar a toda hora a los individuos que se enferman: mientras esto no se obtenga, es una desesperación. El Jefe de un Cuerpo se encuentra recargado con un cúmulo de enfermos que están tirados en el duro y húmedo suelo, sin la asistencia debida, desatendiendo otras obligaciones precisas. La obligación de un cuerpo es hacer reconocer los enfermos y clasificados como tales entregarlos en manos de los facultativos que no tiene otra cosa que atender; éstos les suministran no sólo medicinas sino la cantidad y clase de alimentos requeridos".

No podemos hablar de una cirugía militar en el Paraguay porque nuestras fuerzas, en la más grande empresa bélica emprendida en el extranjero, no contaron con Cuerpo Sanitario alguno.

Fermín Ferreira perdió a su hijo Teodoro, que herido en la Batalla del Yatay falleció el 10 de octubre de 1877.

Antes de llegar a los acontecimientos de fin de siglo merecen citarse tres aportes no concretados para la Cirugía militar[8].

El 7 de noviembre de 1881 fue designado coronel graduado y el 22 del mismo mes Cirujano Mayor el Dr. Julio Rodríguez. Era médico del Hospital de Caridad y elevó a la consideración del Gobierno un proyecto de Escuela de Practicantes Militares, los cuales una vez recibidos, se distribuirían en los distintos cuerpos del ejército, a razón de uno por compañía. El proyectante tomaría a su cargo prepararlos en su clínica del Hospital de Caridad, en un curso de 3 meses, con dos horas diarias de clase. Los aprobados en el examen serían considerados en clase de subtenientes, otorgándoseles el correspondiente título. La superioridad aprobó el proyecto pero, asimismo, no tuvo ulterior andamiento.

En 1899 el entonces estudiante Antonio S. Viana[22], practicante del Batallón 1º de Cazadores, creó un cuerpo en forma oficiosa, por su propio impulso, con simples soldados de camilleros.

A dichos soldados impartió una instrucción elemental. Cada soldado salía con vendas y gasa yodoformada. Ideó una camilla plegable, que ocupaba un ínfimo espacio, llamada, desde entonces, camilla Viana.

En 1892[22] se inició la construcción, bajo el Gobierno de J. Herrera y Obes, del Hospital Militar, en un predio sobre la Avda. 8 de Octubre, ocupado entonces por el Cricket Club de Montevideo. Fue recién inaugurado 16 años después, el 18 de julio de 1908.

Referencias bibliográficas

1. **Bayley H.** (Ed.). Surgery of Modern Wafere. Baltimore. Williams & Wilkins, 1942, v. 1.
2. **Bonavita L.** Sombras heroicas. Montevideo. Ceibo, 1945.
3. **Brewer LA.** III. Diagnosis. En: Medical Department U.S. Army. Surgery in World War II. Thoracic Surgery. Washington. Office of the Surgeon General Department of the Army, 1963, v. 1, p. 219.
4. **Buño W.** La Medicina y Cirugía durante la Campaña del Paraguay. Comunicación presentada a la Sociedad Uruguaya de Historia de la Medicina. 1978 (Inédito).

5. **Cope Z.** (Ed.). Surgery. En: History of the Second World War. United Kingdom Medical Series. Londres. H.M. Stationery Office, 1953.
6. **Chilavert RV.** Ituzaingó: Gloria del Ejército Republicano. El Soldado (Montevideo), 57: 30, 1980.
7. **Desault PJ.** Oeuvres chirurgicales. Paris, C. Ve. Desault, 1798-1803.
8. **Fernández Saldaña JM.** Diccionario uruguayo de biografías. Montevideo. Amerindia, 1945.
9. **Larrey DJ.** Mémoires de chirurgie militaire, et campagnes, Paris. J. Smith, 1812-17.
10. **Magati C.** De rara medicatione vulnerum. Venetiis, apud A. E. B. Dei, fratres, 1616.
11. **Makins GH.** Surgical experiences in South Africa, 1899-1900. London, 2H. Frowde, Hodder & Stoughton, 1913.
12. **Matas R.** Military Surgery of the Vascular System. Philadelphia. W.B. Saunders, 1921.
13. **Moreno M.** Escritos políticos y económicos. Buenos Aires. Ocelsa, 1937. Citado por Orsi, R. (14).
14. **Orsi R.** Historia de la Disgregación Rioplatense, Buenos Aires. L. Peña Lillo, 1969.
15. **Palleja L de.** Diario de la Campaña de las Fuerzas Aliadas contra el Paraguay. Biblioteca Artigas. Montevideo. Impresora Uruguaya, 1960.
16. **Pérez Fontana V.** Historia de la Medicina en el Uruguay. Montevideo. Imprenta Nacional, 1967.
17. **Pouey E.** Algo sobre el tratamiento antiséptico de las heridas. Montevideo. Tesis, 1884.
18. **Prat D, Pernín A.** El centenario de la Anestesia General. Las primeras anestesias en Montevideo. An Fac Med Montevideo, 32: 526, 1947.
19. **Pirogov NI.** Klinische Chirurgie. Leipzig. Breitkopf u. Hartel, 1851-54.
20. **Schiaffino R.** Crónicas médicas de los tiempos viejos. Montevideo. 50 años del Diario El Siglo, 1913. supl. p. 156.
21. **Schiaffino R.** Historia de la Medicina en el Uruguay Montevideo. Rosgal, 1937, t. III.
22. **Soiza A.** Medicina y cirugía en las guerras civiles uruguayas, 1897-1904. Montevideo, 1973 (Inédito).
23. **Trueta J.** The Principies and Practice of War Surgery, St. Louis. C. V. Mosby, 1943.

La época de Pugnalin

"El dolor y la agitación del enfermo, que conmovía nuestra alma y agitaba el pulso, lo hemos suprimido con el anestésico; la sangre que nos bañaba el rostro y los vestidos, la evitamos con diversos medios de la hemostasis, y hemos desterrado la septicemia, horrible complicación, con la cura antiséptica.
Donde la Medicina y la Terapéutica eran impotentes, hemos intervenido, y de este atrevimiento científico han nacido: la Ovariotomía, la Gastrectomía y muchas otras operaciones que son las más grandes de la Cirugía Moderna".

Ángel Brian, 1883.

El autor relata el comienzo de la cirugía abdominal en el Uruguay que se inicia con las primeras ovariectomías realizadas por Estrázulas en 1874 y por Spada y Pugnalin en 1875.
En este período finisecular brilló la figura de José Pugnalin, graduado en Bologna, que fue Profesor de Clínica Quirúrgica desde 1879 a 1899 y Decano de nuestra Facultad. Introdujo en el país la antisepsia y la cirugía listeriana primero y luego la cirugía aséptica.
Transcribe y comenta las primeras observaciones de cirugía gástrica, uterina y anexial en el Uruguay aportando algunos datos biográficos sobre los cirujanos que actuaron en esa época.

Como señala Brian fueron necesarios los pilares de la Cirugía Moderna: Anestesia, Hemostasis y Antisepsia, para que aquélla pudiera desarrollarse. Antes el dolor, la hemorragia y la infección habían detenido su progreso.

La cirugía de miembros y partes blandas periféricas ocupaba todos los tratados de medicina operatoria que todavía encontramos en las viejas librerías de compra-venta.

La cirugía de la cavidad abdominal se había iniciado con la extirpación de los grandes quistes de ovario. La primera ovariectomía fue realizada por Ephraim Mac Dowell[22] en Kentucky en 1809.

Sólo excepcionalmente y con una mortalidad enorme se aventuraban los cirujanos a penetrar en la cavidad peritoneal. Los órganos pelvianos y retroperitoneales eran abordados por vía lumbar o perineal. Se accedía a las serosas sólo cuando estaban bloqueadas para drenar los abscesos de necesidad que se diagnosticaban por la inflamación de los planos superficiales.

Pero las sepsis postoperatorias provocaban una mortalidad tan pavorosa que la cirugía no había progresado.

Después de las cesáreas las madres morían de shock, hemorragia o peritonitis, por esa razón no se hacían con la madre viva.

La "lex regia" promulgada por la Iglesia prohibía enterrar a las mujeres muertas de parto antes de intentar la extracción del niño del vientre para bautizarlo.

En nuestro país posiblemente por esa razón el cura Esteban de León de Tacuarembó la había practicado en 1868[8].

Los quistes de ovario

Promediando el siglo pasado la apertura de la cavidad abdominal era sinónimo de peritonitis y muerte. Sólo se hacía en algunos casos excepcionales en los que se sacaba rápidamente el quiste de ovario al exterior, sin introducir las manos en el abdomen u operando en dos tiempos (realizando en el primero un bloqueo) como hizo Garviso[15,25] en Montevideo en 1837.

Antes de la antisepsia hubo dos cirujanos ingleses que operaban con éxito los quistes de ovario. Pero ambos lavaban sus manos y el vientre del enfermo con agua y jabón, usando instrumentos y apósitos limpios.

Ellos fueron Spencer Wells[33] de Londres y Lawson Tait[31] de Birmingham. Este último realizó también las primeras ooforectomías[39] y trató con éxito embarazos ectópicos[30].

Pero eso no quita que Tait, acérrimo enemigo de Lister, sostuviera el bisturí con los dientes mientras ataba los nudos de sutura.

Así se explica que en nuestro país la cirugía abdominal comenzó recién a desarrollarse después del advenimiento de la antisepsia. También nuestros cirujanos abdominales empezaron operando quistes de ovario.

Felizmente estas primeras experiencias están reproducidas en la magnífica Tesis de Ángel Brian[8] sobre laparotomías, presentada en 1883 en la Facultad de Medicina de Montevideo. Este autor ameno y entusiasta transcribe las historias clínicas de los primeros pacientes operados en este país. Brian fue uno de los primeros egresados de nuestra Facultad. Trabajó activamente al frente de la Dirección de Salubridad durante la epidemia de cólera de 1886-87, como señala Buño[4]. Se retiró luego a ejercer su profesión en Buenos Aires, falleciendo en Bahía Blanca en 1922[11]. Su tesis fue presentada durante el decanato de José Pugnalin y apadrinada por el Dr. Fleury, de quienes nos ocuparemos enseguida.

En este artículo utilizaremos el orden de esa tesis agregando algunas referencias sobre los cirujanos que realizaron las primeras operaciones abdominales.

Después de una introducción en la que Brian[8] analiza la casuística sudamericana de ovariotomías, realiza una estadística comparativa sobre el número de casos operados de quiste de ovario en varios países del continente hasta 1879 primero, y luego hasta 1883. Hasta este año existían sólo 15 casos operados en nuestro país con una mortalidad del 40% (6 casos), siendo esta cifra para Argentina, Chile y Perú de 50%. En el capítulo siguiente reproduce el autor las 15 observaciones operadas; luego, en los sucesivos, relata los primeros casos de laparotomía en cirugía gástrica y tres histerectomías, una de ellas por vía vaginal.

Transcribiremos aquí algunas historias clínicas, la primera de Estrázulas:

Observación primera. Caso del Doctor Enrique Estrázulas. Año 1874. 1er. Ovariotomía en la República Oriental.

“Se trataba de una niña de 18 años afectada de un enorme quiste ovárico multilocular, que reclamaba urgentemente la operación por los accidentes que ocasionaba, y que no podían remediarse por otro medio.

La operación fue practicada en medio de malísimas condiciones y con falta de ayudantes que secundasen eficazmente los esfuerzos y la labor del Cirujano.

A pesar de la habilidad del Doctor Estrázulas, que dadas las condiciones que le rodeaban no pudo hacer más, la enferma sucumbió al poco tiempo por colapsus...”.

La operación fue realizada en Fray Bentos por este compatriota. Graduado en la Universidad de Pennsylvania con altas calificaciones. Estrázulas introdujo el suero antidiftérico en nuestro país. En 1883 fue designado cónsul general del Uruguay en Estados Unidos, donde trabó amistad con José Martí.

Buño[9] señala un hecho interesante; los hermanos Attle, cirujanos de Pennsylvania donde estudió Estrázulas, pusieron a punto en Estados Unidos la técnica de la ovariectomía: Washington L. Attle[3] practicó 387 operaciones de este tipo y John L. Attle[2] realizó con éxito la primera ooforectomía bilateral.

Reproducimos a continuación la historia de la primera ovariectomía con sobrevida de la enferma, realizada en el Uruguay.

Observación segunda. Caso de los Doctores Spada y Pugnalin. Año 1875.

"N.N. Italiana, 26 años, buena constitución, tuvo un hijo. Desde dos años advirtió un aumento del vientre que siguió tomando cada día mayor volumen. Cuando se presentó, ese volumen del vientre era inmenso, había gran desarrollo de las venas del abdomen (circulación colateral) y edema de las extremidades inferiores. Falta de reglas.

El Doctor Piovene usó una vez de la punción como medio exploratorio. Diagnóstico: quiste unilocular izquierdo.

Se practicó la operación, obteniéndose el tumor diagnosticado. Las adherencias eran pocas y fáciles de desprender, sólo existían con el peritoneo parietal.

El pedículo era largo, y se ligó fijándolo enseguida a la cara interna de la pared abdominal. Se suturó la herida externa.

En el curso de la operación, hubo una ligera peritonitis localizada. Ninguna otra novedad. A los 30 días fue dada de alta.

El contenido del quiste era coloideo. Aquél fue enviado al Museo Patológico de Nápoles".

Hitos de la Cirugía del siglo XIX

La anestesia general por inhalación fue administrada por primera vez por William Morton en octubre de 1846[23].

Lister publicó sus primeros trabajos sobre antisepsia en 1867[19, 20], y sobre las ligaduras carbolizadas de catgut y seda en 1881[21].

La forcipresura fue inventada por Verneuil[32] que describió su técnica en 1875 y el vendaje hemostático por Esmarch[14] en 1873.

El lavado con sublimado corrosivo de von Bergman[7] dio paso a la asepsia en 1887.

Halsted[16] usó guantes de goma por primera vez en 1894 y Berger[6] introdujo el tapabocas en 1897.

Spada y Pugnalin eran los sugestivos apellidos de los primeros cirujanos que realizaron una ovariectomía con éxito en el Uruguay, y recién en 1875. Este Centenario de verdadera trascendencia pasó desapercibido para todos nosotros.

Estos enormes quistes que llegaban a volúmenes de decenas de litros, parasitaban a las enfermas que adquirían un aspecto caquéxico y terminaban en las salas de autopsias para asombro de los patólogos. Actualmente no se ven vientres así que antes eran confundidos a veces con ascitis, pero el que esto escribe[25] extirpó en una oportunidad un quiste de 22 kilos y en otra evacuó 26 litros de moco de un cistoadenoma de ovario roto. En el tratado de

Alban y Seitz[25] figuran observaciones de 100 litros. Las enfermas incapacitadas por sus tumores pedían la cirugía. Así fue el caso de Mc Dowell[22] y otros que aparecían en la literatura.

Los cirujanos que operaron en este caso, eran ambos italianos. De Spada poco hemos sabido, pero Pugnalin es el más representativo de esta época de nuestra cirugía y por eso nos extenderemos sobre sus antecedentes.

Nacido en 1845 en Venecia, cursó su carrera en Bologna, donde se graduó en 1886. Siendo joven se enroló como médico de la Marina italiana participando en la acción naval de Lissa contra los austríacos. Embarcado, en uno de sus viajes llega a Montevideo donde revalida su título, se establece y actúa durante las epidemias de cólera de 1869 y de fiebre amarilla en 1873. En su calidad de cirujano ejerce esta profesión hasta que en 1879 es designado profesor interino y luego titular de la cátedra de Clínica Quirúrgica de la Facultad de Medicina por concurso de oposición, siendo el segundo titular de la misma. La desempeñó en el Hospital Maciel hasta 1899. También fue el 7º Decano de nuestra Facultad entre 1882 y 1883.

Una placa de bronce lo recuerda en la puerta de sus antiguas Salas del viejo Maciel.

Pugnalin luchó contra las infecciones en cirugía y fue el precursor de la cirugía antiséptica en nuestro país. En uno de sus viajes trajo de Europa las primeras estufas Poupinel y el primer autoclave de esterilización iniciando el período aséptico.

Como señala Domingo Prat[27], introdujo dos prácticas muy importantes en cirugía, el seguimiento posoperatorio y la contravisita vespertina.

Creó una escuela quirúrgica que tuvo como primeros discípulos a Alfonso Lamas, Luis Mondino, Arturo Lussich y Luis Bottaro.

Es curioso que en la Cirugía argentina hubo un personaje parecido que actuó en la misma época, era también de origen italiano y fue junto a Manuel Montes de Oca el introductor de la cirugía antiséptica en el país hermano. Me refiero a Ignacio Pirovano[12].

En su época se presentaron en Buenos Aires las tesis sobre laparotomía de M. Dellepiane (1888), Ovariotomía de Pedro Ganduglia (1885) y Método antiséptico en la ovariotomía de Fermín Salaverry (1885)[1].

Se aprecia así que en ambas márgenes del Plata la cirugía abdominal empezó con las resecciones de quistes y tumores de ovarios.

De la Tesis de Brian[8] tomamos ahora una detallada historia en la que se hace referencia al método antiséptico y a la anestesia con cloroformo.

Observación séptima. Caso del Doctor Brendel. Publicado por Ángel Brian el 16 de noviembre de 1879 en la Revista de Medicina y Farmacia.

"La enferma, M.S.H., es francesa, de 43 años, casada, ha tenido dos hijos, el último hace 17 años; desde entonces ha estado siempre indispuesta, y sobre todo en la época de los períodos menstruales en que se elevaba más el vientre. Hace dos años nota su tumor.

El último año, se desarrolló una ascitis copiosa evacuándose el líquido por tres veces en las proporciones de 8 a 10 litros cada vez.

Los tumores aparecían siempre como separados, duros y sin fluctuación. Una punción exploradora en uno de ellos dio un contenido coloideo, haciéndose por este medio más fácil y seguro el diagnóstico.

Como primera medida, trasladóse a la enferma a otra habitación, en mejores condiciones higiénicas que la que ocupaba (de la calle Rincón, ciudad vieja, a la calle Cuareim, ciudad nueva).

La nueva habitación era espaciosa, bien ventilada, con temperatura conveniente, y el día antes como el mismo de la operación, fue saturada su atmósfera con vapores de ácido fénico.

Debemos ante todo prevenir que la operación fue hecha bajo el sistema de Lister.

La incisión se practicó en la línea blanca, debajo del ombligo y fue primero de unos 16 centímetros de longitud, habiéndose hecho necesario prolongarla después hasta 22 centímetros.

Inmediatamente a la incisión presentóse un derrame de líquido ascítico, y en pos de él hízose visible el tumor, que era de consistencia dura, de aspecto multilocular y perfectamente pediculado, teniendo su origen en el ovario derecho, aunque con alguna adherencia por su parte posterior en el intestino.

La masa intestinal se encontraba retraída y vacía en la cavidad abdominal, pues la enferma había sido sometida á repetidos laxantes en días anteriores a la operación, evitándose por este medio el que las vísceras intestinales tendieran al exterior por la incisión practicada; el útero se encontraba en prolapsus.

En esta altura, pasóse a la extirpación del tumor, sirviéndose para ello del constrictor de Chassaignac.

Separáronse las adherencias que hemos mencionado, y como el volumen del tumor no permitiese su extracción por la herida, se recurrió a vaciarlo en parte, remediando de esa manera aquel inconveniente.

El pedículo fue ligado con ligaduras de catgut impregnadas en solución fenicada.

Hecho esto, se limpió cuidadosamente la cavidad abdominal con una esponja suave y desinfectada y se unió con suturas profundas de catgut el peritoneo, masa muscular y piel, cerrando los intermedios con alfileres.

El útero, que se hallaba en prolapsus, volvió espontáneamente después de la extirpación del tumor a su posición normal.

La enferma quedó sometida a una rigurosa dieta.

El tumor, como dijimos, es multilocular, consta de más de quince lóbulos y de las punciones hechas en ellos se ha obtenido el líquido coloideo que se halló la primera vez, y que junto con el que se evacuó en la operación puede calcularse con un peso de 4.000 gramos.

El peso del tumor desprovisto de su contenido, es de 1.300 gramos, y gracias a la galantería del Dr. Brendel, ha venido a enriquecer el Museo Patológico de nuestra Facultad".

En esa época se operaba en los domicilios, previa preparación de una mesa e instalación del equipo de antisepsia. El tratamiento previo de estas enfermas que se confundían con ascíticos era la punción. En nuestra época conocimos un caso de quiste de ovario diagnosticado como ascitis que se puncionaba periódicamente[25].

La técnica de exéresis consistía en vaciar el quiste y sacarlo por una pequeña laparotomía.

De la próxima observación reproducimos el final.

Observación décima. Caso de los Dres. Herrero y Aguirre. Año 1881.

"...Todo el tiempo de la operación funcionó el pulverizador de Lister..."

"...No hubo reacción febril. Los vómitos se combatieron con hielo, opio, champagne y leche. Nunca llegó la temperatura a 38°. A los 24 días se levantó la enferma y a los 30 días hubo que desbridar en parte la cicatriz para cortar los alambres de plata que quedaron fuera al través de la herida. El resto del alambre que venía desde el pedículo quedó dentro. El quiste después del lavado pesó 32 libras y con el líquido que contenía se calcula en 60 a 65 libras. El anestésico de que se hizo uso fue el cloroformo, habiéndose hecho previamente a la enferma una inyección de morfina.

A los 40 días la enferma se hallaba completamente bien".

Es curioso como prodigaban nuestros colegas los vinos estimulantes combinados con el opio en el posoperatorio. No se rompían la cabeza con ionogramas ni efectuaban venoclisis. La hidratación se hacía por vía oral si la enferma toleraba.

La próxima historia de la cual tomamos algunos párrafos corresponde a una vizcaína de 30 años de edad a la que se le extirpó un quiste de ovario de 6 litros. Al final curó y fue dada de alta.

Observación duodécima. Caso del Doctor Jurkowsky. Año 1881.

"...La operación ha durado 35 minutos. En el día hubo algunos vómitos. Se da hielo y vino champagne...".

"...Estos dos casos presentan un ejemplo en favor del método antiséptico, porque reinaba a la sazón en todo el Hospital y particularmente en la Sala de Mujeres la erisipela; la infección del hospital y la fiebre puerperal; me había llevado al principio 3 paridas, y desde que apliqué el método de Lister no se repitió más, ni la fiebre puerperal, ni la erisipela en ninguna de las operaciones practicadas antisépticamente, mientras que en una operación de la resección del maxilar superior practicada en la misma época, pero en la que no se había podido observar rigurosamente el método de Lister se declaró la erisipela".

La honesta confesión de Jurkowsky habla de las virtudes del Método de Lister que se comenzaba a aplicar.

Julio Jurkowsky era polaco, había estudiado en Montpellier. En un concurso de oposición obtuvo el cargo de Profesor de Anatomía de nuestra Facultad de la cual fue el 2º Decano. Junto con Kemerich fundó la Biblioteca de la misma.

Actuó intensamente en nuestra capital como médico y cirujano, y luego se retiró a Salto donde fundó un sanatorio[(11)].

No reproducimos las tres últimas historias citadas por Brian, corresponden a operadas con éxito por Crispo Brandis, French y Brendel.

El comienzo de la cirugía gástrica

La cirugía del estómago se inició con la gastrostomía de Sedillot[(38)] en 1857, aunque existían antecedentes de gastrostomías para sacar cuerpos extraños en el siglo XVII.

Florian Mathis le había extraído un puñal del estómago al tragacuchillos Mattheus en la Feria de Praga en 1602[(13)] y Daniel Schwabe en 1635 también abrió el vientre de Andreas Grunheide en Koenisberg para sacar una daga del estómago[(17)]. Ambos fueron atados durante la operación pues en esa época no existía anestesia, pero los dos sobrevivieron.

Brian[(8)] en el capítulo de su libro sobre "Laparotomías por gastrotomías y gastrostomías" se refiere a estos casos clásicos y a otros más recientes. Dice así:

"Los casos más notables que pueden citarse en el extranjero son el de Armstrong que extrajo del estómago de un alienado 32 mangos de cuchara, 1 tornillo y dos bolitas, el de Shalben, el de Mateo de Praga, el de Hubner para extraer un cuchillo del estómago; Cayroche por un tenedor, Betheraud por una cuchara de plata; Bell de Napello una barra de plomo; Kiyle una arista de paja, Samuel White, una cucharita de café, Winzer 1 cuchara, 4 hojas de ballena y un pedazo de tela, y el caso de Labbé en París por un tenedor y el último de Felizé por una cuchara en setiembre del año anterior...".

Este autor transcribe a continuación dos historias de operados por Fleury y Jurkowsky a los que practicaron la gastrostomía de Sedillot[28].

Se trataba de cánceres de esófago operados seguramente en etapa terminal de caquexia y deshidratación y ambos fallecieron.

Pero la observación tercera tuvo un final feliz además de tratarse de un caso curioso. El título dice así:

Gastrostomía por la introducción accidental de un tenedor en el estómago. Operación practicada en el Hospital Inglés de Montevideo por el Dr. Luis A. Fleury, cirujano de dicho hospital, y del de Caridad, y ayudado por el Doctor Julio Jurkowsky.

"...El enfermo se llama Juan Chambers; es un hombre perfectamente constituido, de 40 años de edad, nacionalidad inglesa y cocinero de profesión...".

"...Nos contó que dos días antes, ocupándose de entretener unos niños con juegos de prestidigitación, quiso hacerles creer que se tragaba impunemente un tenedor...".

La operación fue efectuada en 1880 en el Hospital Inglés, antiguo hospital de extranjeros que funcionaba en Montevideo y donde se atendían sobre todo marineros. En una época ese Hospital estuvo subsidiado por la Marina inglesa. Fleury era cirujano titular del mismo.

La historia clínica relata como operaron al enfermo con Cloroformo extrayendo el tenedor por gastrostomía cerrando luego el estómago sin fijarlo a la pared abdominal.

Las primeras histerectomías

La histerectomía vaginal en enfermas con prolapso la había practicado Berengario Da Carpi, que describió dos casos realizados en 1507, uno por él y otro por su padre[5].

Pero la primer histerectomía por vía abdominal fue realizada por Burnham recién en 1853[10].

En nuestro país, según Brian[8], fueron operadas dos enfermas por los Dres. Fleury y Jurkowsky, y Brendel y Jurkowsky, respectivamente, en 1880 por vía abdominal.

Ambas pacientes –la primera era una gran obesa– fallecieron en el posoperatorio inmediato.

Una tercer histerectomía, realizada por el Dr. Brendel por vía vaginal a una mujer que había consultado por metrorragias provocadas por un neoplasma ulcerado de cuello uterino, fue realizada con éxito.

Reproducimos aquí algunos detalles de su historia y operación.

Observación tercera. Caso del Doctor C. Brendel.

"La Sra. N., casada, de 52 años de edad, ha sentido suspenderse sus reglas a los 42 años..."

"...Se diagnosticó: carcinoma del útero. Ha sido asistida antes considerándose el caso incurable. El Dr. Brendel propuso la operación que fue aceptada, practicándose el 5 de octubre de 1882, acompañado de los Dres. Jurkowsky, Surh y Crispo...".

"...Con una pinza de Museaux se extrajo el útero cerca de la vulva, se hizo una incisión circular de la vagina alrededor del cuello del útero que comprendía la mucosa y la túnica muscular y llegaba hasta el peritoneo. Se abrió éste enseguida por detrás (en el fondo de saco de Douglas) y a la vez por delante. Se introdujo después el dedo para reconocer los ligamentos anchos del lado izquierdo, y por medio de una gran aguja de Pean, provista de fuerte seda de Lister, se hizo una ligadura en masa del ligamento ancho izquierdo.

Enseguida se pasó, aunque con alguna dificultad, una segunda ligadura al lado de la primera y se hizo la sección con una fuerte tijera entre las dos. Como el pedículo parietal daba sangre se le apretó con una pinza clamp de Billroth. Esta fue la parte más laboriosa de la operación. Enseguida se buscó el útero al través de la vagina y ya con más facilidad se pusieron las ligaduras sobre el ligamento ancho derecho y se seccionó. Por el fondo de la vagina abierto aparecieron los intestinos y franjas peritoneales. Se puso un dren y se rellenó la vagina con tampones yodoformados.

En la sospecha de que no era muy segura la ligadura izquierda se dejó la pinza clamp adentro de la vagina.

La enferma siguió bien ese día. Al siguiente no hubo fiebre y se cambiaron los tampones y se sacó la pinza...".

Laparotomías por embarazo extrauterino

Los embarazos ectópicos tubarios y peritoneales pueden crecer desarrollándose fetos viables que es generalmente necesario extraer por laparotomía. Antiguamente esos fetos morían. El primero que sobrevivió fue extraído por vía vaginal por King[18] que publicó su observación en 1817. A su vez, Bard[4] en 1759 había operado con éxito por primera vez un embarazo ectópico.

A menudo los fetos muertos y macerados dentro del abdomen se eliminaban por vía rectal o vaginal, total o parcialmente. El diagnóstico se hacía al aparecer huesos fetales por esas vías.

En nuestro país hubo dos observaciones muy interesantes que relata Brian[8]. Ambas fueron operadas respectivamente por Crispo Brandis y Jurkowsky y Brendel. Sobrevivieron las dos enfermas.

De la primera transcribimos lo siguiente:

"...Cuenta que hace dos años se creyó embarazada pero que hasta ahora ha logrado desocuparse. Después de un tiempo se ha sentido molestada por un punto duro al lado derecho del vientre que le causó dolor agudo muchas veces, pero el cual se ha atenuado después. Convencida de su embarazo y de la muerte de su hijo, nos ha mostrado algunos huecesillos que dice han salido por su vagina...".

"...La mano salvando la vagina penetra en una especie de cloaca en que se encuentra el mismo líquido, mezclado además con restos de tejidos en putrefacción y pequeños huecesillos que vienen indudablemente del foco principal.

No siendo posible la extracción del contenido por aquella vía, se resolvió practicar la operación por la vía abdominal.

Se abrió el abdomen, se llegó al foco, se extrajeron los residuos y se desinfectó escrupulosamente. En este punto se notó una comunicación del intestino grueso con el foco principal. Se estableció un tubo de drenaje desde aquel punto haciéndole seguir la vía de comunicación con la vagina, hasta salir al exterior.

Se suturó después la herida abdominal y se aplicó vendaje de Lister...".

En la segunda historia clínica leemos lo siguiente:

"...Abierto el abdomen se extrajo un feto muerto de seis meses y en principio de putrefacción, estableciéndose un drenaje desde el punto donde aquél residía hasta el exterior, abriéndose previamente camino al través de la vagina.

Por allí se hacía diariamente un lavatorio antiséptico que permitía la eliminación de los productos que se desprendían del foco principal...".

"...El feto extraído se encuentra en el Museo Patológico de la Facultad de Medicina".

Parry[24] en un libro publicado en 1876, o sea pocos años antes, había analizado minuciosamente el problema de los embarazos extrauterinos, aconsejando la operación. Lawson Tait[30] en 1883 operó el primer embarazo

ectópico roto, un año después de la primera de estas observaciones. No figura en el libro de Brian la fecha exacta de la segunda. En la última década del siglo se operaban frecuentemente estas afecciones en Montevideo.

Colofón

Hemos creído de interés para muchos colegas reproducir estos fragmentos de la Tesis de Brian, que son realmente muy ilustrativos.

Se aprecia que antes de terminar el siglo la cirugía abdominal se efectuaba con éxito preferentemente para tratar patología obstétrica y ginecológica.

Referencias bibliográficas

1. **Arce J.** Historia de la Cirugía Argentina. Buenos Aires. Amorrortu, 1933.
2. **Atlee JL.** Case of ovarian tumors - both the right and the left being removed at the same operation. N Y J Med, 1: 168, 1843.
3. **Atlee WL.** A table of all the known operations of ovariotomy. Trans Am Med Ass, 4: 286, 1851.
4. **Bard J.** A case of extra - uterine foetus. Med Obs Soc Physicians Lond, 2: 369, 1764.
5. **Benedictis H.** Comentario cum amplissimis additionibus. Super anatomía Mundini. Bononiae, 1521.
6. **Berger P.** De l'emploi du masque dans les opérations. Bull Soc Chir Paris, 25: 187, 1899.
7. **Bergmann E von.** Zur Sublimatfrage. Therap Mh, 1: 41, 1887.
8. **Brian A.** Laparotomías. Montevideo. La Nación, 1883.
9. **Buño W.** La cirugía de los primeros años de nuestra Facultad. Síntesis, 26: 40, 1953.
10. **Burnham W.** Extirpation of the uterus and ovaries for sarcomatous disease. Nelson's Am Lancet, 7: 147, 1853.
11. **Canton E.** Historia de la Medicina en el Río de la Plata. Madrid. Hernández y Galo Sáez. 1928.
12. **Cranwell D.** Ignacio Pirovano. Buenos Aires. Con¡, 1944.
13. **Eiselberg A von.** Die Geschichte der Magenoperationen. Wien Med Wchsft, 1: 3, 1936.
14. **Esmarch JF.** Ueber künstliche Blutleere be¡ Operationen. Samml Klin Vortr, 58: 373, 1873.
15. **Garviso C.** Disertación o memoria de una gastroperihístero-quistotomía. Montevideo. Caridad, 1839.
16. **Halsted WS.** Johns Hopk. Hosp Rep, 4: plate 12, 1894.
17. **Janus.** Arch. Internat. Hist Med. Leyde: 101, 1902.
18. **King J.** Case of an extra - uterine foetus, produced alive. Throug an incision made into the vagina of the mother, who recovered after delivery. Med Reposit, 3: 388, 1817.
19. **Lister J.** On a new method of treating compound fracture, abscess, etc., with observations on the conditions of suppuration. Lancet, 1: 326, 357, 387, 507, 1867 - 2: 95, 1867.
20. **Lister J.** On the antiseptic principle in the practice of surgery. Lancet, 2: 353, 1867.
21. **Lister J.** An address on the catgut ligature. Trans Clin Soc Lond, 14: 43, 1881.
22. **Mc Dowell E.** Three cases of extirpation of diseased ovaria. Eclect Repert Analyt Rev, 7: 242, 1817.
23. **Morton W.** Remarks on the proper mode of administering sulphuric ether by inhalation. Boston. Dutton & Wentworth, 1847.
24. **Parry J.** Extra-uterine pregnacy. Philadelphia. H.C. Lea, 1876.

25. **Praderi R.** Tumores gigantes abdominales. Bol Soc Cir Uruguay, 33: 473, 1962.
26. **Praderi R.** Notas para una historia de la cirugía nacional. Cir Uruguay, 50: 1, 1980.
27. **Prat D**. Homenaje al Dr. José Pugnalin como Profesor y Decano de la Facultad de Montevideo. Día Med Urug, 27: 3387, 1961.
28. **Sedillot Ch.** De la gastrostomie fistuleuse. C R Acad Sc¡, 23: 222, 1846.
29. **Tait RL.** A case of removal of the uterine appendages. Br Med J, 1: 766, 1881.
30. **Tait RL.** Five cases of extra-uterine pregnancy operated upon at the time of rupture. Br Med J, 1: 1250, 1884.
31. **Tait RL.** General summary of conclusions from one thousand cases of abdominal section. Birmingham. Birbeck, 1884.
32. **Verneuil AAS.** De la forcipressure. Bull Mém Soc Med Chir París, 1: 17, 1875.
33. **Wells TS.** Diseases of the ovaries. Soc Med Chir París, 1: 17, 1875. London. Churchill, 1865-72.

La cirugía en las revoluciones de 1897 y 1904

"VI) Durante la lucha nadie se preocupe por los heridos, porque en los que lo están mortalmente nada se remedia, y no estándolo, con este tiempo fresco puede el herido pasarse sin auxilio varias horas; el mejor auxilio y el mejor médico es la victoria: nunca carecen de socorro los heridos del ejército vencedor".

Orden 9 Div. 13 Ejército blanco.
Abril 1904

El autor refiere en este artículo la historia de la cirugía y la asistencia sanitaria durante las guerras civiles de 1897 y 1904 en nuestro país. Describe el desarrollo de la cirugía y la actuación de los cirujanos en ambas contiendas.

En 1897 el ejército blanco contaba con el hospital de sangre de Cuchilla Seca a pocos kilómetros de la frontera en territorio brasileño.

Se había organizado antes de iniciarse la contienda. Su cirujano principal fue el Dr. Baena.

En 1904 cada división del ejército blanco disponía de un cuerpo médico propio. Allí actuaron distinguidos profesionales. Varios de ellos profesores de la Facultad de Medicina de Montevideo, como Arturo Lussich y Juan B. Morelli, dirigidos por Alfonso Lamas, profesor de Clínica Quirúrgica.

En cambio, la Sanidad de las tropas gubernistas fue precaria, sobre todo en el ejército del Sur, sobre el cual cayó el peso de casi toda la campaña.

En ella actuó sin descanso el Dr. Alberto Eirale durante los 9 meses de la guerra, curando, amputando miembros y evacuando heridos a la retaguardia.

El gobierno acudió a las asociaciones civiles: Cruz Roja y Junta Central de Auxilios, y a la colaboración de numerosos médicos y cirujanos que posibilitaron la realización de intervenciones quirúrgicas de avanzada para esa época en Sudamérica: craneotomías, laminectomías, desarticulaciones, etc.

Se relata detalladamente la muerte por peritonitis del caudillo blanco Aparicio Saravia, herido de bala en el abdomen en la Batalla de Masoller, que determinó el final de la guerra de 1904.

El 5 de marzo de 1897 se produjo la invasión al territorio nacional del Ejército blanco levantado en armas contra el Presidente Idiarte Borda. Penetraron simultáneamente desde el Brasil, Aparicio Saravia y desde Buenos Aires, el Coronel Diego Lamas, que desembarcó en la Boca de Riachuelo.

El Ejército gubernista de 1897 contaba con alrededor de 10.000 hombres distribuidos en diferentes cuerpos, incluidas la Marina y Policía militarizada. Por el contrario, la Sanidad Militar era deficiente. Así Alberto Palomeque[7] dice refiriéndose a 1897: "Los hombres quedaban abandonados a la inclemencia en los campos de batalla. El sentimiento humanitario de nuestros campesinos se manifestaba enseguida. Ellos le daban sepultura, llevando los heridos a los ranchos, asistiéndolos en medio del campo... Pero si bien los revolucionarios se habían preocupado de llevar médicos, éstos eran muy pocos y carecían de recursos. Por su parte, el Gobierno tenía un Ejército y no tenía un Cuerpo de Sanidad. La caridad se irguió entonces y la prensa que estaba coartada y muda tuvo que preocuparse... Así el pueblo subsanaba las faltas del Gobierno

imprevisor que dejaba morir a sus propios soldados sin allegar los recursos en el campo de batalla".

Dalaise(8), Ayudante del Estado Mayor del Ejército del Norte, refiere que durante toda la campaña, desde Tres Árboles a Cerros Blancos (14 de mayo) sólo se contó en el Ejército del Norte con los Servicios del Practicante en Cirugía y Medicina, Mautone, quien debió atender a un total de 5.000 hombres.

En el mensaje del Presidente Batlle y Ordóñez a la Asamblea General en 1905(1) dice: "Los ejércitos entraban en operaciones sin llevar un facultativo ni elementos de curación y cuando los poseían eran en proporciones tan pequeñas que sus servicios resultaban deficientes. En las unidades casi no había médicos. Sí, practicantes, con el grado de Capitán o Mayor Asimilado, generalmente entrado en años y que probablemente había abandonado sus estudios médicos. Estaba secundado por un practicón con el título auto-adjudicado de enfermero. Un botiquín completaba el equipo".

En 1889 se había creado por ley la Comisión Nacional de Caridad, la que tenía a su cargo la asistencia Militar y Civil. En Montevideo, disponía del Hospital de Caridad (actual Maciel), el Asilo de Mendigos (actual Pasteur) y el Manicomio Nacional. En el Interior: los Hospitales de Caridad de Paysandú (1862), Florida (1865), Salto (1883), San José (1885) y Fray Bentos (1896).

Revolución de 1897

Producido el levantamiento el Gobierno dividió sus fuerzas en dos ejércitos: el del Sur, al mando del General Eduardo Vázquez primero y luego del General Manuel Benavente; el del Norte del General José Villar. Cada uno de estos cuerpos contó en algún momento con el siguiente personal técnico:

–En el Norte: Doctores, Saldaña y Cañiza. Practicantes, Mayores Mesías y Giordano, Cap. Mautone.

–En el Sur: Médico, Luis Bergalli*. Practicantes, Santiago Gustavino y J. Labora.

Cirujano Mayor del Ejército: Dr. Eduardo Martínez.

El Ejército blanco contó en esta revolución con un único Hospital, el de Cuchilla Seca, en Aceguá. Fue instalado dos días antes de la invasión, a cargo del Dr. José Luis Baena, quien actuará como Director Técnico durante toda la campaña. Estaba situado en territorio brasileño a 10 leguas de Bagé y a 20 de Melo. Fue construido con grandes carpas de lona y un rancho de techo quinchado.

De marzo a julio de 1897 actuaron allí el Dr. José Luis Baena, el practicante Luis de León y Antonio Casas en farmacia. De julio a setiembre se unieron los Dres. Joaquín Ponce de León y Francisco Vidal y Cuervo, y el practicante Nicolás Gómez.

Cuchilla Seca fue un verdadero Hospital donde se concentró todo el movimiento de heridos y enfermos del Ejército revolucionario al Este del país. Luego de la batalla de Arroyo Blanco los heridos que primariamente eran trasladados a Bagé fueron derivados a Cuchilla Seca. Se atendieron, desde su instalación hasta fines de setiembre, 174 heridos y 35 pacientes con diversas enfermedades.

* El Dr. Bergalli, homónimo del que esto escribe, era su tío abuelo.

Hubo un total de 150 heridas tratadas y 53 fueron fracturas, incluyendo 15 heridas de tórax y 23 de abdomen, la mayoría por arma de fuego. La mortalidad hospitalaria fue muy baja, pero la que se dio en el campo de batalla, muy alta. Sólo llegaron al hospital los heridos que lógicamente no fallecieron en los espantosos traslados a través de rutas dificilísimas. Ellos actuaron a manera de "selección natural" de los ingresos.

Dos instituciones civiles actuaron en 1897: la 2ª Cruz Roja Oriental y la Cruz Roja de Señoras Cristianas.

Fueron Médicos de la 2ª Cruz Roja Oriental los Dres. José Scoseria, Alfredo Navarro, Enrique Estrázulas, Joaquín de Salterain, José Brito Foresti, Luis Mondino, Federico de Velazco, Enrique Pouey, Isidoro Rodríguez, Pedro Visca, Juan B. Morelli, Luis Demicheri, José Sáez de Zumarán, Jacinto de León, Luis Bottaro y Antonio Harán.

La Cruz Roja de Señoras Cristianas contó con los Dres. Luis P. Lenguas, Luis Barattini, Vicente Aznares, Antonio Serratosa, Juan Hiriart, Alberto Mullin, J.A. Crispo, José R. Amargós, Julio Etchepare.

La Cruz Roja en sus diferentes filiales del país atendió a 960 heridos con sólo 5 muertos. El 54% lo fueron al Norte del Río Negro.

Al Hospital de Caridad de Montevideo llegaron 566 pacientes, de los cuales 297 heridos de bala y 5 de arma blanca. Hubo 19 fallecimientos.

La primera gran batalla que se sostuvo fue la de Tres Árboles el 17 de marzo, enfrentándose el Coronel Diego Lamas y el Ejército del Sur.

Dice Luis A. de Herrera(4): "La mortandad habida en la batalla de Tres Árboles fue crecidísima, en proporción al total de combatientes. Son pocos los sucesos de armas recordados entre nosotros que registren tanto dolor...". La Cruz Roja estimó en 1.100 bajas entre muertos y heridos para ambos bandos.

El caos asistencial reinó en ambas filas. El cuerpo sanitario del Coronel Lamas instaló un precario Hospital en la Azotea del hacendado Federico Silva, a 15 cuadras del frente. Estuvo en manos de los practicantes Viladecante, Carballal, Chosiño y Plaucia.

Según Soiza, los heridos que albergaba la casona fueron abandonados a su suerte por la premura de marchar que tenía el ejército blanco, pese a su victoria. Los soldados que no murieron en forma inmediata a consecuencia de sus heridas, fallecieron de hemorragia y shock séptico más tarde, favorecidos por las adversas condiciones climáticas.

Toda la atención del campo triunfador blanco como la del vencido General Villar, quedó en manos del doctor David Preves, vecino de la zona, que a pedido del Gral. Villar estuvo atendiendo heridos por dos días.

A las 2 de la madrugada del día siguiente, 18 de marzo, partió una Comisión de la Cruz Roja que instaló un Hospital de Retaguardia en Paso de los Toros. Recién el 21 llegaron al Hospital de Caridad de Montevideo los primeros heridos.

El 19 de marzo en Cerro Largo chocaron las fuerzas en lucha en Arbolito. Aquí el parque de municiones se agotó rápidamente y la lucha fue sobre todo con armas blancas. Justino Muniz y Aparicio Saravia tuvieron en común 200 bajas.

El Gobierno Central entró en conflicto con las instituciones civiles e impidió la partida de expediciones sanitarias a la zona de la batalla.

Eustaquio Pellicer afirma que los heridos quedaron "abichados por falta de asistencia y muy desnudos". La Comisión Nacional de Caridad recién envió el 23 una misión. En último término el 24 de marzo se movilizó la Sanidad Militar que envió una Expedición Sanitaria del Cuerpo Médico Militar

encabezada por el Cirujano Mayor Eduardo Martínez y los doctores E. Camejo, L. Bergalli y González Hackembruch.

El 14 de mayo la batalla de Cerros Blancos significa el punto más sangriento de la revolución. Durante 12 horas y en un frente de 8 kilómetros entre el Río Negro y el Caraguatá, se enfrentaron el General Villar con 5.000 hombres y la columna de Saravia-Lamas con 4.000. Según la Cruz Roja hubo más de 200 muertos. Los heridos revolucionarios fueron conducidos al hospital de Cuchilla Seca en una verdadera vía crucis; 76 heridos, según Herrera(4), son llevados en estas condiciones: "Las quejas de los heridos que ya empiezan a sentir dolores punzantes, aguzados por el traqueteo de los vehículos que los conducen vuelan de un punto a otro... Debe instalarse un hospital provisorio antes de llegar a su destino. En el trayecto mueren 16 heridos". Los heridos gubernamentales son llevados a Rivera y Corrales.

Recién en la batalla de Aceguá, el 8 de julio, el Ejército colorado tuvo instalado un hospital de sangre a tres leguas del frente. Murió en esta batalla el Dr. Fleuris, médico brasileño al servicio revolucionario, amigo de Herrera, alcanzado por un balazo en la cabeza(4).

El 6 de setiembre terminó el movimiento revolucionario. Según Soiza, en Aceguá se asistieron 209 heridos, la Cruz Roja en sus instituciones del país trató 960 y el Hospital de Caridad de Montevideo, 566.

La Cruz Roja dio como cifras finales 1.256 heridos o enfermos para el Ejército gubernamental y 537 para los revolucionarios. No se pudo determinar exactamente el número de muertos.

Guerra Civil de 1904

Dos ejércitos hicieron frente a Saravia en 1904, el del Norte, con una buena organización sanitaria, y el del Sur, que enfrentó casi toda la lucha con muy pobre apoyo médico.

El 14 de abril, un decreto gubernamental estableció como insignia para la Sanidad, una bandera con una cruz roja. El día 25 de abril se estableció un Servicio Fijo de Sanidad (para el Ejército del Norte) con José L. Deambrosis como Jefe y los practicantes Souza, Luis Surraco y Federico Fearon, y una móvil, de Vanguardia, integrada por el Dr. Máximo Armand Ugón y el practicante Federico Eirale. Se le otorgó un personal auxiliar de 20 soldados, con instrucción diaria de camilleros, al mando de un oficial. Se estableció una visita médica con un horario fijo, sea en la marcha o cuando se hubiere recuperado. Este Ejército tan bien organizado sanitariamente, como dice Soiza, estuvo siete meses sin combatir, ocupado en marchas y contramarchas. Recién entró en combate al fin de la guerra, en Masoller.

No sucedió lo mismo con el Ejército del Sur, que debió salir rápidamente a campaña desde el primer día de 1904, con un solo médico, el Dr. Alberto Eirale, y un practicante, Labora. Más tarde se le agregaron los Dres. Ferraz y Cerrutti.

El Ejército gubernamental no tenía centro hospitalario fijo y debió usar los de la Comisión Nacional de Caridad.

En el campo blanco, el Ejército de Saravia contó con numerosos médicos y practicantes. El Cuerpo Sanitario antes del combate de Tupambaé, era el siguiente con los fraccionamientos correspondientes:

–Alfonso Lamas, Cirujano Mayor del Ejército.

–Dres. Eduardo Lamas y Juan B. Morelli, Estado Mayor.

–Pte. José Muñoz, División Nº 1.

–Dr. A. Piovone y Pte. Luis Sopeña, División Nº 2.
–Dres. A. Lussich y A. Ramos Suárez, División N° 4.
–Dr. J. Ponce de León y Pte. José P. Urioste, División N° 6.
–Félix Olivera, División Nº 9.
–Dr. Alejo Martínez, División N° 16.
–Pte. A. Carballal, División N° 12.
–Dr. Francisco Trotta, División Nº 12.
–Dr. A. Berro, División N° 13.

Hasta mediados de enero de 1904, sin embargo, Saravia no tenía instalado ningún centro hospitalario, contrariamente a lo ocurrido en el año 1897. Los problemas fueron mayores en la segunda quincena de enero, luego de los combates de Arazatí y de Aiguá. Los heridos debieron ser trasladados a Melo y luego a Bagé con enormes problemas.

Sin embargo, Saravia pudo contar con dos hospitales posteriormente:

El Hospital de Sangre del Minuano, que era muy parecido al de Cuchilla Seca en 1897, siendo su Director el Dr. Baldomero Cuenca y Lamas. Quedaba cerca de Aceguá.

La figura 3 muestra como se curaba al aire libre, entre los ranchos.

La decisión del Presidente Batlle de designar a los heridos de Tupambaé como prisioneros de guerra, obligó a su evacuación hacia el Brasil, por lo cual el 16 de julio se instaló este hospital cerca de Aceguá.

El Hospital de Sangre de Rivera, funcionó luego de los combates de Paso del Parque y Paso de Aurora, en una escuela pública probablemente en forma transitoria. Atendió heridos revolucionarios pero también a gente del lugar. Actuaron en él por escaso tiempo los Dres. Arturo Lussich y Coralio Capillas.

Instituciones Sanitarias Civiles

El 8 de enero de 1904, Batlle y Ordóñez crea la Junta Central de Auxilios, la cual, presidida por el Dr. Pedro Figari, actuó de manera totalmente honoraria. Usó como distintivo una cruz roja sobre fondo blanco con orla celeste. Esta Junta debió enviar repetidas misiones luego de las batallas, con médicos y practicantes. El material quirúrgico era proporcionado por la Comisión de Caridad y el instrumental por los hospitales.

Cuando se consideraba necesario intervenir la Junta Central designaba los integrantes de la misión. El transporte hasta la zona se hacía en tren expreso y de allí al campo de batalla en carros y volantas.

Hubo muchas misiones. Algunas de ellas merecen citarse:

La 1ª la integraron los Dres. César Crispo, Horacio García Lagos, Gerardo Arrizabalaga, José Brito Foresti, Jaime Gianetto, Julián Álvarez Cortés y Ernesto Quintela.

La 13ª enviada a Tupambaé después de la batalla, salió el 25 de junio y estuvo compuesta por el Dr. Alfredo Navarro y los Ptes. Leopoldo Thevenin, Juan Carlos Dighiero, Rafael Schiaffino, Hilarión Loriente, Alberto Vázquez Barriere, Eduardo Birabén, Mario Simeto, Alejandro Nogueira y Esteban Sanguinetti.

La Junta de Auxilios cumplió pese a numerosos escollos una excelente labor, supliendo en parte las notorias deficiencias sanitarias del ejército gubernista del Sur.

Los hechos más salientes de la campaña de 1904

El comienzo efectivo de la lucha o del alzamiento de Aparicio Saravia fue el 19 de enero de 1904. La guerra duró 9 meses y se desarrollaron quince combates. De ellos Tupambaé fue el más sangriento. Según Soiza[8] al final de setiembre la lucha civil había producido 800 muertos y 2.200 heridos.

Los ejércitos tuvieron que dictar normas estrictas acerca del retiro de los heridos del campo de batalla. Los que evacuaban los heridos no volvían al frente, tampoco lo hacían los camilleros.

La División 13ª dictó la orden número 9 en el campo revolucionario:

"VI) Durante la lucha nadie se preocupe por los heridos, porque en los que lo están mortalmente nada se remedia, y no estándolo, con este tiempo fresco puede el herido pasarse sin auxilio varias horas; el mejor auxilio y el mejor médico es la victoria: nunca carecen de socorro los heridos del ejército vencedor".

El Dr. Juan Alberto Eirale[3], durante mucho tiempo el único médico del Ejército gubernamental en el Sur, nos ha dejado abundantes referencias sobre el papel desempeñado por el médico en campaña.

Las heridas desgarradas eran desinfectadas, se ligaban las arterias que sangraban y se dejaban abiertas las heridas cubiertas por gasa yodoformada. Las heridas recientes, cortantes, se suturaban. Las heridas de bala eran estudiadas en su trayecto por catéter y el proyectil extraído.

Las infecciones eran muy frecuentes, se intentaba contenerlas cureteándolas y cauterizándolas con nitrato de plata. Se amputaban los miembros con heridas severas.

En plena batalla, el médico o el practicante y enfermero con un botiquín portátil, recorrían el campo y hacían la primera curación. El herido era luego recogido en un poncho a manera de camilla, transportado por cuatro soldados hasta las carretas de retaguardia. Posteriormente era evacuado a la estación del ferrocarril más cercana y de allí a la capital.

Luego del mes de julio, el Ejército del Sur contó con un carro botiquín, dos carretas de bueyes para transporte de heridos y una sección de camilleros.

Cuenta Eirale[3] en su libro:

> "El primer herido que me trajeron fue el Capitán Jaime Bravo, del 5º de Cazadores; cuatro soldados lo transportaban en un poncho sostenido por las cuatro puntas. Estaba inquieto, como es natural, y apenas me vio, gritó: 'Doctor atiéndame, estoy mal herido'. Lo aquieté y lo hice colocar a mi lado para examinarlo. Una bala había penetrado en el 5º espacio intercostal izquierdo, cerca del esternón y atravesado el tórax, saliendo por la espalda, debajo de la escápula a la izquierda. No había fractura de costillas, ni síntoma de hemorragia interna, ni desfallecimiento. La bala no era de plomo, sino de máuser, cuyo calibre es pequeño; había penetrado en el medio justo entre las dos costillas, pasando, probablemente, por el reducido espacio que existe entre la aorta y el corazón, atravesando el pulmón oblicuamente, para salir por la espalda. ¡Un verdadero milagro...! Al oírlo hablar tan claramente, con semejante herida, pensé: éste no se muere; lo curé y se lo dije".

Luego de la batalla de Tupambaé, los revolucionarios usaron como hospital improvisado al comercio de Fasciolo, que estaba a unos dos

kilómetros del frente. Allí se reunieron los Dres. Eirale y Morelli, médicos de los ejércitos rivales, para efectuar una operación de emergencia que el primero relata así:

> "Trajeron a muchos otros heridos y, por último, a un soldado de Guardias Nacionales, recién encontrado en una zanja. Presentaba en la parte anterior del antebrazo derecho, una herida de muy feo aspecto, con un pedazo de paño encajado en ella. Una gangrena gaseosa, infección temible, que invade rápidamente el organismo, había llegado hasta la mitad del brazo. Se imponía la amputación para salvarle la vida. No teníamos sierra; se encontró una de cortar hierro que, desinfectada a la llama del alcohol, venía bien al caso. Nos preparamos para la operación; el Dr. Cerrutti dio el cloroformo; el Dr. Morelli aplicó una correa bien apretada para contener la hemorragia y yo, con un simple bisturí, corté en círculo la abultada masa muscular, el periostio y con la sierra el hueso. Morelli ligó las arterias con la habilidad de un cirujano; sacó la correa; la contención de la sangre era completa. Notamos que el hueso había quedado un poco largo para la formación del muñón; inconveniente fácil de subsanar. En ese momento irrumpe en la pieza uno de nuestros oficiales que había venido a buscarnos con orden terminante de llevarnos enseguida. El ejército se había alejado, los heridos ya curados, recogidos y cargados en carros, eran llevados rumbo a Nico Pérez".

El 13 de marzo llegaron a Montevideo los heridos de la batalla de Paso del Parque. Entre ellos estaba el Comandante insurrecto Eustaquio Gauna.

Ya había sido visto por el Dr. Eirale por una herida de bala posterior del cuello, con una cuadriplegia.

En "Sangre de Hermanos" leemos[2]:

> "Llegados a Montevideo con toda felicidad esa expedición sanitaria y conducidos los heridos al hospital, el doctor Alfredo Navarro practicó una difícil operación al comandante nacionalista Eustaquio Justiniano Gauna. Esa operación, bautizada por los competentes en cirugía con el nombre de laminectomía, es de las más peligrosas y rara vez se presenta en las clínicas hospitalarias. Por esa causa, el cuarto de operaciones de la Sala Maciel del Hospital, momentos antes de la intervención, fue invadido por un grueso número de médicos y practicantes. Después de los preparativos iniciales y anestesiado el paciente por el cloroformo, empezó su tarea el Dr. Navarro, con una seguridad asombrosa, incindiendo resueltamente y dejando ver una herida por la espalda, paralela a la columna vertebral, donde según su diagnóstico, radicaba todo el mal producido por la bala.
> Descubierta la columna vertebral, se fue directamente a la médula para liquidar la compresión que producía en el enfermo la paraplejía de las extremidades, o sea, una parálisis completa. Terminada la operación con verdadera rapidez, fue el paciente conducido a la sala, donde vuelto de su sueño expresó que se sentía un poco más aliviado.
> Sin embargo, el Dr. Navarro declaraba que la herida era de carácter reservadísimo".

Operado el 14 de marzo, el Comandante Gauna falleció dos días después en medio de horribles padecimientos.

Del Hospital de Caridad[2] fueron trasladados los enfermos de las Salas Fermín Ferreira y Bienhechores a la casa situada en la calle 25 de Mayo frente al Hospital. La Sala San Luis, destinada a niños, quedó también habilitada para

cirugía. De las demás salas, fueron pasados al Asilo de Mendigos y a la Casa de Aislamiento infinidad de enfermos.

El gobierno internó cerca de 2.739 enfermos y heridos distribuidos entre el Hospital de Caridad, un local anexo sobre la calle 25 de Mayo y un local transitorio del Edificio en construcción del Hospital Militar, bajo la administración de una Comisión presidida por el General Salvador Tajes.

La guerra de 1904 terminó de hecho en la batalla de Masoller, donde fue herido de muerte Aparicio Saravia. Hoy, diríamos que murió como consecuencia de un pulmón de sepsis.

Mena Sagarra(5) relata así lo sucedido:

"...Una tercera bala había alcanzado al General en la cintura, traspasándole el vientre de izquierda a derecha... uno de ellos relató luego que el General trataba de sonreír, pero se iba poniendo terriblemente pálido; la hemorragia era abundantísima y enrojecía los cojinillos sobre los que estaba reclinado". El doctor Alejo Martínez y el practicante Francisco Trotta lo atendieron inmediatamente. "El médico le practicó la primera cura, todavía en pie. Sobre un par de ponchos extendidos, llevados por cuatro hombres, empezaron a caminar hacia las carretas del parque".

Saravia fue llevado a la casa de la madre del jefe riograndense J.F. Pereira de Souza.

Sucedió entonces un hecho curioso que demuestra el espíritu de los médicos de ambos ejércitos.

Arturo Lussich que lo atendía, llamó a Luis Mondino, cirujano del ejército rival para efectuar una consulta.

Dijo "El Día" del 17/9/1904:

"A poco de hallarse el Dr. Mondino con su expedición sanitaria donde tuvo lugar la sangrienta batalla, recibía una esquela del Dr. Arturo Lussich en la cual este facultativo de las fuerzas insurrectas le pedía que se trasladara hasta el paraje donde se asistía a Aparicio Saravia, pues deseaba vivamente celebrar con él una consulta y oír su opinión acerca del estado del caudillo. El Dr. Mondino accedió al pedido y el día 9 se trasladó en carruaje hasta la casa en que se encontraba el Jefe de la insurrección. Casa distante unas cuatro leguas de la línea fronteriza. Una vez allí, examinó la herida de Saravia, dándose cuenta en el acto que su estado era sumamente grave. El proyectil le había penetrado por la cintura, y después de atravesar de arriba hacia abajo uno de los riñones y los intestinos había abierto una gran boca de salida en la parte baja del abdomen, pues la bala era de mauser Dovitis, que es más o menos del mismo tamaño de la Remington. Hecho el examen del paciente celebraron los dos médicos una larga consulta, conviniendo ambos que se trataba de un caso mortal y que el desenlace era cosa de muy pocas horas. Además, la fiebre consumía al herido, el que en los fuertes accesos deliraba, pronunciando voces de mando cual si ordenara a sus soldados en un momento de pelea. Sus instantes lúcidos duraban poco, pues la sangre perdida había debilitado mucho el robusto organismo del caudillo. Sin embargo, la muerte no sobrevino a causa de infección como se supuso en un principio sino por bronconeumonia, dolencia que vino a complicar el gravísimo estado del paciente".

En 1904 las heridas de bala de abdomen no se operaban en el Uruguay ni tampoco en otra guerra que se desarrollaba simultáneamente, en las antípodas, entre Rusia y Japón.

Referencias bibliograficas

1. **Batlle y Ordóñez J.** Mensaje a la Asamblea General. Acta de Sesiones del Poder Legislativo, 1905, p. 83.
2. **Blixen S, Adami A.** Sangre de hermanos. Crónica completa de los sucesos militares y políticos durante la Revolución de 1904. Montevideo. Barreiro y Ramos, 1905.

2a. **Cruz Roja Uruguaya.** Memoria de los trabajos correspondientes al año 1903 y guerra civil de 1904. Montevideo. Dornaleche y Reyes, 1904.

3. **Eirale JA.** Memorias de un médico. Montevideo. Tall. G. Inst. Penales, 1957.
4. **Herrera LA de.** Por la Patria. La Revolución de 1897 y sus antecedentes. Montevideo. Barreiro y Ramos, 1953.

4a. **Madeiro López A.** La revolución de 1897. Montevideo. Banda Oriental, 1980.

5. **Mena Segarra CE.** Aparicio Saravia. Las últimas Patriadas. Montevideo. Banda Oriental, 1977.
6. **Oliver JN.** Algunas consideraciones sobre cincuenta casos de heridas de bala. Rev Med Uruguay, 2: 3, 1899.
7. **Palomeque A.** El año fecundo, 1897-1898. Montevideo. Talleres Diario El Siglo, 1898.
8. **Soiza A.** Medicina y cirugía en las guerras civiles uruguayas, 1897-1904. Montevideo, 1973. (Inédito).

La cirugía en Montevideo al empezar el siglo. Apendicectomías y cirugía biliar

"¡Destruir el mal, curar, restaurar, sí restaurar! Conservar un tejido, un órgano, reemplazar un miembro de un ser viviente por el de otro que en él se injerta y vive: parece un cuento de hechicero... es la visión gloriosa de la cirugía humana del mañana!".

Alfredo Navarro - 1916 (38).

Las primeras apendicectomías, colecistostomías y gastro-enterostomías se efectuaron en el Uruguay en los últimos años del siglo pasado, en forma casi simultánea con algunos países europeos.

Existían entonces dos clínicas quirúrgicas en la Facultad de Medicina de Montevideo, ocupadas por Alfonso Lamas y Alfredo Navarro desde 1898 y 1896, respectivamente.

En sus salas, y en la Puerta del Hospital Maciel, se formaron casi todos los nuevos cirujanos.

Durante los dos primeros decenios del siglo, ya incorporada la antisepsia y la anestesia, se desarrolló rápidamente la cirugía visceral que respondía a una evidente influencia europea, sobre todo francesa. Se inició así la cirugía biliar y gástrica; se operaron los primeros quistes hidáticos de hígado y pulmón; comenzó a efectuarse la cirugía colónica.

Trataremos de dar una idea de esa época de nuestra cirugía con datos obtenidos de la tradición oral y la memoria de algunos colegas; de los libros de operaciones de las clínicas y los sanatorios; de las tesis de doctorado, y de algunos artículos aparecidos en las primeras Revistas Médicas uruguayas.

Al terminar el siglo XIX, la cirugía en nuestro país se había popularizado dejando de ser excepcional, y si bien muchos médicos se resistían a operar sus pacientes poco a poco se fueron convenciendo de que algunas afecciones solamente se podían curar con métodos cruentos.

Nos referiremos a los últimos años del siglo pasado y los primeros del presente, en los cuales ya funcionaban en el Hospital Maciel de Montevideo, dos Clínicas Quirúrgicas de nuestra Facultad de Medicina. Las ocupaban Alfonso Lamas, discípulo de Pugnalin, desde 1898, y Alfredo Navarro desde 1896[(14)].

Podríamos decir que este período empezó en el Uruguay con las revoluciones de 1897 y 1904, de las cuales se ha ocupado el Dr. Bergalli.

Entre tanto en Europa se vivía la Belle Epoque, las metrópolis de los grandes imperios coloniales centralizaban la actividad científica universal. Existían Facultades de Medicina con sus correspondientes clínicas quirúrgicas en las grandes capitales y en las ciudades principales.

Las Universidades alemanas, que comprendían los imperios centrales y Suiza, sumaban veintiocho Facultades de Medicina[(4)]. En ellas se inició a fin del siglo la cirugía digestiva moderna.

En Francia funcionaban las Facultades de Montpellier, Nancy y París en 1875[(4)], a las que se agregaron luego otras en Toulouse, Lyon, Lille, etc.

En las Islas Británicas existían a fin del siglo diez Escuelas de Medicina[(4)].

En Estados Unidos, los hermanos Mayo habían inaugurado su clínica en Rochester, con un concepto científico moderno y práctico de nuestra profesión.

Los cirujanos de Boston, Chicago, Nueva York y Filadelfia revolucionaban la cirugía perfeccionando las enseñanzas de las escuelas europeas o creando nuevos conceptos de patología y técnica basados en estudios científicos objetivos y desprejuiciados.

Pero los ojos de nuestros cirujanos estaban fijos en París, donde las reuniones de la Sociedad de Cirugía y la Academia de Medicina junto a los Congresos Anuales de Cirugía, eran el foro donde se discutían las nuevas técnicas y conceptos.

Este período terminó con la guerra mundial de 1914 al 18 la cual, pese a las muertes y miserias que provocó, determinó muchos progresos en nuestra profesión por la tremenda experiencia en el tratamiento de los heridos. Después de ella (1918-1919) llegó a nuestro país la terrible epidemia de grippe.

La información sobre esta época de la Medicina uruguaya la hemos obtenido de algunas tesis de doctorado, de la Revista Médica del Uruguay, la Revista de los Hospitales, y los viejos libros de operaciones de Navarro, Lamas y el Hospital Británico. También de dos magníficas conferencias inéditas dictadas en los Congresos Uruguayos de Cirugía por Héctor Ardao, sobre Lamas y Navarro, de las anécdotas del recientemente desaparecido decano de nuestra profesión, Dr. Julio Nin y Silva, de los recuerdos de nuestros colegas: Alfredo Navarro (h.), Jorge Lockhart, Folco Rosa y Alfredo Pernin.

Mondino: la antisepsia y la asepsia

Ya señalamos como Pugnalin introdujo en el Uruguay la antisepsia y luego la asepsia.

Uno de sus discípulos, Luis Mondino[22], presentó en 1894 su tesis de doctorado sobre la desinfección quirúrgica[35]. Para ello hizo estudios bacteriológicos en las Salas y los cuartos de curación del Hospital Maciel. Analizó los métodos de esterilización y de antisepsia y consignó todos los datos estadísticos y bacteriológicos estableciendo el ritual del lavado y desinfección quirúrgica. Desde luego que los cirujanos operaban sin zapatones, vestidos con sus trajes de calle, con cuellos almidonados. Sólo utilizaban túnicas estériles. No se usaban todavía tapabocas ni guantes de goma, que introdujo más tarde Navarro[32]. Cuenta García Lagos[32] que las manos de los cirujanos quedaban impregnadas de olor fétido después de operar abcesos pútridos sin guantes. Se lavaban con permanganato y bisulfito pero igual les duraba el olor por varios días.

Mondino hizo también diseñar al ingeniero Soudriers el plano de una sala de operaciones con el cuarto de esterilización y el “cuarto del enfermo” que era la habitación donde quedaba el operado. Desde luego que nadie soñaba con los quirófanos de hoy de donde salen decenas de operados de las más variadas afecciones.

Una copia de ese plano, junto con el original de la carta que transcribimos a continuación, los encontró el que esto escribe, muy bien conservados, dentro del volumen encuadernado de su Tesis, que envió y dedicó Mondino a Domingo Prat. Aquélla sirve para dar una idea del tipo de patología que se operaba en el Hospital Maciel en los últimos años del siglo pasado:

"Montevideo, Octubre 9/928.
Señor Dr. Domingo Prat.

Estimado colega:
Varias veces Ud. ha insistido para que yo haga la historia de la Cirugía aséptica en nuestro medio.
Como le prometí, le mando uno de los pocos ejemplares de la tesis que escribí sobre este tema, publicada en el mes de Marzo de 1894, Tesis que tuve que presentar porque así lo exigían los reglamentos de nuestra Facultad de Medicina al concluir la carrera de Médico.
Pues bien, todos los procedimientos allí descritos se empleaban desde el año 1892 en la Sala Maciel por el Dr. José Pugnalin, que fue el verdadero creador entre nosotros de la cirugía aséptica.
Recuerdo uno de los ciclos quirúrgicos que se hicieron en aquel entonces para que Ud. se dé cuenta de lo importante de estas intervenciones, éstas se practicaron en un espacio de unos 10 días.
1 quiste del ovario unilocular.
1 quiste del ovario multilocular.
1 embarazo ectópico con inclusión fetal de 4 meses.
1 fibromioma uterino.
Todas operaciones muy laboriosas por estar llenas de adherencias, pues las enfermas se operaban en último caso, todas ellas con un postoperatorio ideal, cuando poco tiempo antes los pacientes que se operaban tenían un desenlace fatal.
En estas primeras operaciones sólo se empleaba la seda como material, tanto para los pedículos intraperitoneales como para la sutura de la pared abdominal, que se hacía en un solo plano. La seda así como las agujas se esterilizaban con una pequeña autoclave.
Tiempo después se empezó a emplear el catgut.
Después del Dr. Pugnalin fue el Dr. Pouey, sobre todo en la ciudad, que practicó la cirugía aséptica y luego la asepsia fue practicada por todos los cirujanos jóvenes de aquella época, entrando por lo tanto en la práctica corriente.
Sin otro motivo y dejando satisfechos sus deseos, lo saluda su amigo que tanto lo estima.

L. Mondino"

En el período al que nos referimos se construyeron en Montevideo nuevos Hospitales: Español, Italiano, Británico, Militar y Pereira Rossell, con Salas de Operaciones y Equipo de Esterilización.

Hasta entonces, los cirujanos operaban sus pacientes privados en las casas de familia, sobre la mesa del comedor; preparaban los pulverizadores de Fenol y luego los campos e instrumentos estériles, como hemos visto en las descripciones de Brian.

El enfermo quedaba en su lecho y se decía que al día siguiente los cirujanos se aseguraban por los vecinos de que sobrevivía antes de visitarlo.

Pernin(42) transcribe unas páginas de Mondino al respecto:

"A fines del año 1896, el Prof. Lamas me propuso establecer un pequeño Sanatorio, pues teníamos que operar en fondas y casas particulares, con grandes inconvenientes para poder hacerlo en las debidas condiciones... Lo establecimos, a fines de ese año, en una casa-quinta, con cinco piezas destinadas a los enfermos. Dos años después arrendamos una casa más amplia en la calle Durazno, donde estuvimos hasta 1906. Mientras tanto, y

adquirido un cuarto de manzana en las Tres Cruces (Camino 8 de Octubre), se edificó el Sanatorio que fue el primero construido expresamente para ese fin".

Lamas y Navarro: Las Clínicas Quirúrgicas

Alfredo Navarro estudió Medicina en París desde 1887. Allí conoció a Pasteur, que concurría junto a los jóvenes estudiantes a algunas clases de su discípulo Roux.

En ese momento las ideas de Lister triunfaban en Europa. Seguramente Navarro estaría en las galerías del anfiteatro de la Sorbona en 1892 cuando se brindó el homenaje a Pasteur, con motivo de su 60º aniversario, en el que éste se abrazó con el creador de la antisepsia quirúrgica al terminar el discurso del Presidente Carnot[16].

Navarro concursó por el internado contra ochocientos aspirantes de toda Francia y obtuvo el segundo puesto detrás del luego famoso Víctor Pauchet.

En 1894 volvió a Montevideo, donde se incorporó a la docencia como profesor interino de Medicina Operatoria, luego de Patología Quirúrgica y finalmente de Clínica Quirúrgica en 1896. En 1903 accedió a la titularidad que desempeñaría hasta el año 1945[62].

En 1898, Alfonso Lamas sucedió a su maestro Pugnalin ocupando la 2ª cátedra de Clínica Quirúrgica. Lo acompañó Luis Mondino como Jefe de Clínica y luego como Profesor de Clínica Quirúrgica Adjunto, constituyendo un binomio inseparable durante todas sus vidas de cirujanos[8, 56].

Lamas era un brillante docente y ameno expositor; Mondino, gran estudioso, transmitía a Lamas el fruto de sus lecturas científicas que comprendían todo lo que se publicaba en Francia, Inglaterra y Estados Unidos, pues dominaba el inglés desde su juventud[57].

Navarro fue también un erudito que reunió en su enorme biblioteca de la calle Buschental, todo lo publicado en Europa de cirugía, incluyendo la bibliografía alemana, no sólo de cirugía general, sino también de dos especialidades de su preferencia: la ortopedia y la urología.

Parte de las colecciones de esa biblioteca y la de Luis Mondino, integran el acervo de la de nuestra Sociedad de Cirugía, ubicada en el Hospital de Clínicas de Montevideo.

Cuando se inició la revolución de 1904, Alfonso Lamas, que era blanco, se reunió con los insurgentes ocupando el cargo de cirujano mayor del Ejército Nacionalista, dejando su Cátedra en manos de Mondino[56].

Presidía el Directorio del Partido Nacional que declaró la guerra al gobierno Colorado.

El Presidente Batlle, que era amigo personal de Lamas, al cual según Lockhart había operado de una hernia, lo destituyó de su cargo. Al terminar la guerra muchos profesores de la Facultad, médicos y estudiantes, intercedieron para que se reintegrara a la docencia. Entre ellos el propio Navarro, que era colorado (llegó a ser Vicepresidente de la República) fue quien medió frente a Batlle para obtener su reincorporación a la cátedra.

Volvió a su clínica del Maciel con su amigo Mondino (que era colorado) y permaneció en ella hasta 1935[57].

Desde luego que existía rivalidad entre ambas clínicas y ella se extendía a veces a la clientela de la ciudad. Pero esas dos grandes escuelas, junto con el Servicio de Puerta del Hospital Maciel, fueron la cuna de las futuras generaciones de cirujanos.

Ardao ha relatado una anécdota acaecida 46 años después de la última revolución que demuestra la personalidad de Lamas.

Cuando en 1950 presidió Héctor Ardao el 1er. Congreso Uruguayo de Cirugía, fue a buscar a Don Alfonso Lamas para que asistiera desde el estrado a la inauguración. Como el entonces Presidente colorado de la República, Luis Batlle Berres, se demoró en llegar y el acto no se iniciaba, Lamas se retiró con estas palabras: "Un Lamas no espera a un Batlle".

La patología quirúrgica en 1900

Para tener una noción de la cirugía de esa época hay que recordar que la patología era diferente. Las enfermedades infecciosas (sífilis, tuberculosis, supuraciones piógenas), para las cuales prácticamente no había medicamentos, constituían la patología frecuente.

Las infecciones osteo-articulares: osteomielitis, osteoartritis y las tuberculosis osteoarticulares y ganglionares, debían ser tratadas por los cirujanos.

No había especialización quirúrgica, de modo que los cirujanos generales atendían a los enfermos urológicos, a las mujeres con afecciones genitales y a los niños.

La cirugía oncológica de partes blandas era común pero los tumores viscerales no se operaban.

Si sumamos la patología traumática osteo-articular y de partes blandas, tendremos una noción de la cirugía de la época.

Las operaciones abdominales eran poco frecuentes, solamente se hacían drenajes pleurales y las trepanaciones eran excepcionales.

Del libro de historias de la clínica de Navarro, de 1901[36], tomamos la siguiente lista:

25/3 - Hernia inguinal congénita. Operada. Procedimiento de Navarro. Alta.
25/3 - Neoplasma de vejiga. Talla y resección de tumor del trígono. Muerte al día siguiente.
23/4 - Apendicitis. Apendicectomía y drenaje de absceso. Alta a los 20 días.
1/3 - Mal de Pott abscedado. Reposo absoluto. Alta en abril.
27/2 - Sífilis ósea de pierna derecha. Pomada mercurial.
19/3 - Orquiepididimitis tuberculosa. Abandonó la sala.
11/3 - Hernia inguinal. Cura radical. Alta.
10/4 - Fractura de antebrazo expuesto. Curación: gotera de yeso. Alta.
14/4 - Epitelioma de mejilla. Resección. Alta.
1/4 - Orquiepididimitis hemorrágica. Lavajes uretrales con permanganto. Vendaje en Espica.
2/4 - Epitelioma de lengua. Se considera inoperable.
27/4 - Hipertrofia de la próstata. Cateterismo uretral.
29/4 - Herida penetrante de muslo. Lavado y curación.
7/4 - Sinovitis tuberculosa del flexor del pulgar. Tuberculosis pulmonar. Sin tratamiento.
22/3 - Hidrocele enquistado. Resección. Alta.
18/5 - Goma enquistado en región esternal. Yoduro de potasio y de mercurio.
20/5 - Tuberculosis de los epidídimos y cistitis tuberculosa. Oxígeno en la vejiga.
25/4 - Hipertrofia de próstata. Talla hipogástrica. Alta.
14/1 - Fístula ano-rectal. Apertura de los trayectos.

12/3 - Epitelioma de labio inferior. Resección y plastia con piel de la región de los carrillos. Alta.
23/5 - Quiste hidático de hígado. Operación por el procedimiento australiano.

Como se ve en esta lista, algunas afecciones de esa época como los gomas y la sífilis ósea, la epididimitis tuberculosa y los abscesos póttimos, hoy casi no existen ni tenemos casos para mostrar a los estudiantes.

Del libro de registro del Hospital Británico[21], que se conserva intacto, reproducimos una página de 1904, en la cual el lector podrá ver los costos y los honorarios de la asistencia, la duración de las internaciones y los nombres de los cirujanos actuantes (cuadro 1).

Hemos salteado aquí algunos casos médicos puros dejando los de tres marineros que paseaban por el mundo sus afecciones venéreas.

Leyendo estos libros nos preguntamos si existirían en esa época algunas afecciones que diagnosticamos hoy, como los cánceres de pulmón, de riñón y de páncreas, y dónde estarían los pacientes con cirrosis y hernias diafragmáticas. Seguramente en las Salas de Medicina.

Otro tipo de patología vinculada al stress y la velocidad de nuestra vida actual ni siquiera se veía, como: las úlceras duodenales, las colitis ulcerosas, las sigmoiditis, las arteriopatías obstructivas y los grandes traumatismos.

Admited	*Name*	*Age*	*Nationality*	*Ocupation*	*Ship or residence*		*Days*	*Amount*	*Disease*	*Surgeon*
2/1/04	C.G. de C.	35	urug.	–	Minas	improved	23	$ 46	Gunshot wound of palate	Dr. Ernesto Quintela
4/1/04	R.R.	35	urug.	estanciero	Río Negro	cured	10	$ 30	Branquioma neck	Dr. Ernesto Quintela
5/1/04	A.V.	49	spanish	labores	Daymán 213	cured	11	$ 15	Hydrocele	Dr. Jaime Oliver
9/2/04	E.B.	29	urug.	clerk	Reconquista 659	cured	23	$ 89	Apendicitis	Dr. Ernesto Quintela
12/2/04	D.A.	21	sweden	seamen	"Maritana"	improved	4	–	Siphilis	–
2/3/04	P.D.	21	english	clerk	Rincón 321	cured	15	$ 15	Hemorroides	Dr. García Lagos
5/3/04	M. Mc L	45	british	seaman	S.S. "Aleola"	cured	12	$ 12	Dislocation of shoulder	–
23/3/04	H.D.	23	rusian	seaman	"Delta"	improved	7	–	Siphilis	–
24/3/04	E.T.	32	british	seaman	"Delta"	improved	5	–	Poliarthritis	–
28/3/04	J.B.	44	urug.	sailmaker	Central Station	improved		$ 1	Abscess testicle	Dr. García Lagos
4/4/04	J.S.	50	italian	servant	Sarandí 348	cured	19	$ 19	Hernia (double)	Dr. García Lagos
15/4/04	T.R.	39	urug.	escrib.	Reconquista 230	cured	10	$ 60	Hemorroides	Dr. García Lagos
20/4/04	M.P.	4	urug.	–	San Ramón	cured	16	$ 116	Hydatic Cyst.	Dr. Alfredo Navarro

Copia abreviada de una página del libro de registro del Hospital Británico de Montevideo. El Dr. García Lagos, más tarde Profesor de Clínica de la Facultad de Medicina, era el cirujano del mismo. Como se aprecia, otros cirujanos operaban allí sus clientes.

Navarro y la apendicitis aguda

Esta afección cuya patogenia y clínica fueron establecidas hace menos de un siglo, mataba muchos enfermos en la era prequirúrgica. Sólo sobrevivían aquellos que hacían un plastrón o un absceso periapendicular, que se abría de necesidad en la pared abdominal, el recto o la vagina, constituyéndose a veces una fístula intestinal. Fue necesario que Reginald Fitz(13), de Boston, reuniera 25 casos clínicos en los que pudo demostrar como hecho constante la supuración del apéndice vermiforme. Este patólogo introdujo el término de apendicitis para sustituir al de peritiflitis, en el que se incluía a esta afección, y aconsejó la operación en la etapa inicial(27).

Recién en 1886 Hall(17) obtuvo la sobrevida de un paciente operado con perforación apendicular en un saco herniario, y Morton al año siguiente la de otro en cavidad abdominal(63). Mac Burney describió en 1889 su punto de dolor y publicó 20 casos apendicectomizados en Nueva York antes del tercer día(34). En Estados Unidos se popularizó rápidamente el tratamiento precoz de esta enfermedad, luego que Murphy precisó el cuadro clínico de la misma(11).

En Europa no eran aceptados los conceptos americanos sobre esta enfermedad; sólo en Francia, dos cirujanos de Lyon: Poncet y Jaboulay, se hicieron eco de la conducta intervencionista norteamericana, publicando 16 observaciones en 1891 y 28 en 1892(3).

En 1894 Poncet insistió sobre la operación en las primeras 30 horas en la Academia de Medicina de París, pero los cirujanos franceses no creían en las teorías de Fitz, Mac Burney y Murphy ni tampoco en Poncet y Jaboulay(27).

En julio de ese mismo año se embarcaba Alfredo Navarro de regreso al Uruguay(62). No bien llegado al país, comenzó a operar en el Hospital de Caridad de Montevideo. Su fama fue aumentando a medida que realizaba intervenciones en todos los territorios de la anatomía. En esa época fue actor de un episodio que demostró su sagacidad.

Al año siguiente de dejar la presidencia de nuestra República, Julio Herrera y Obes hizo un cuadro febril etiquetado como tifoidea. Navarro fue llamado en consulta por sus once médicos tratantes, presididos por Pedro Visca. El joven cirujano levantó las sábanas descubriendo el cuerpo desnudo del prócer que tenía una supuración inguinal, no reconocida aún. Contra la opinión de sus médicos, pero con la confianza de Herrera, le drenó el absceso en la cama, mostrando el pus a sus colegas expectantes.

En 1897 Navarro fue llamado en consulta por Antonio Serratosa (Profesor de Semiología) para ver a un joven de 21 años internado en su sala del Hospital con un cuadro doloroso de fosa ilíaca derecha. Hizo diagnóstico de apendicitis y aconsejó la operación, que no autorizó el médico tratante.

Al día siguiente el enfermo estaba balonado, con menos dolor; Navarro hizo diagnóstico de peritonitis e insistió en la operación que nuevamente le fue negada.

Al tercer día Serratosa, que diagnosticaba cólico miserere, volvió a llamar a Navarro, y le pidió que operara al paciente. El joven cirujano aclaró que el diagnóstico en ese momento era de gangrena cecal, pero aceptó realizar la intervención, aclarando que el paciente moriría pero serviría para demostrar a los incrédulos que las apendicitis deben ser operadas precozmente.

Ese mismo año (1897), Navarro operó a dos mujeres de 17 y 30 años con apendicitis aguda y ambas curaron. Las historias clínicas de estos tres pacientes y otros más intervenidos por él figuran en la tesis de Aranguren del año 1898(2).

Recién ese año llegaba a Montevideo la comunicación de Dieulafoy[12] presentada en 1897 a la Academia de Medicina de París señalando que el tratamiento médico de la apendicitis es nulo y que la operación debe ser oportuna. Es evidente que Navarro conocía los trabajos de los cirujanos americanos, que habría leído directamente. A Montevideo llegaban en ese entonces casi la totalidad de las revistas de cirugía que se publicaban en el mundo.

Entretanto en Europa siguieron largas discusiones en la Academia y la Sociedad de Cirugía de París. Al terminar el siglo eran más los "intervencionistas" que los "contemporizadores" u "oportunistas". Estos últimos, entre los que se contaban Brocca y Tillaux, sólo aconsejaban la operación en frío o cuando el enfermo se agravaba, pero no al iniciarse el cuadro[3].

Uno de los últimos países europeos en que se adoptaron los conceptos de Fitz y Mac Burney fue Gran Bretaña.

La incredulidad de los cirujanos ingleses casi le cuesta la vida a Eduardo VII en 1902, en vísperas de su coronación[61]. El Imperio Británico y los embajadores extranjeros debieron esperar en Londres a que el equipo médico presidido por Lister se decidiera después de 10 días a operar al Rey. En las Islas Británicas no había cirujanos "intervencionistas" sino un "oportunista": Frederick Treves, que ya en 1888 había extirpado un apéndice enfermo en el intervalo entre dos ataques agudos[61]. Fue llamado en consulta y luego de dos días de espera operó con éxito al Rey drenándole un absceso de fosa ilíaca derecha.

¡Esto sucedía 5 años después de las primeras apendicectomías de Navarro en Montevideo! y 4 después de publicada la Tesis de Aranguren[2] en nuestro país.

Antes de terminar el siglo ya varios cirujanos uruguayos operaban las apendicitis en agudo siguiendo las ideas de Dieulafoy, Poirier y Talamón[3]. Es interesante observar los artículos de Oliver publicados en la Revista Médica del Uruguay, porque todos comienzan comentando las discusiones de las Sociedades Científicas de París[40].

En las discusiones que siguen a estos artículos[38, 40] surgen nuevos casos operados por otros cirujanos uruguayos. Navarro comenta uno de apendicitis aguda a izquierda que diagnosticó y operó. Lamas relata una apendicitis herniaria simulando una estrangulación y comenta:

"Pero en estos últimos tiempos, ha habido una gran cantidad de enfermos de apendicitis en Montevideo. Por otra parte, puede decirse que las Sociedades Médicas de los países europeos no se han ocupado de otras cosas".

Lo que pasaba en realidad era que los médicos habían aprendido a diagnosticar las formas precoces.

Sin embargo, por muchos años siguieron llegando tarde y muriendo enfermos de apendicitis, a veces por demora en el diagnóstico o el pase a cirujano. Hubo en Montevideo algunos casos muy resonados de hijos de médicos operados tardíamente.

Por ese entonces en Europa se iba imponiendo el criterio de los cirujanos norteamericanos y la palabra: apendicitis; aunque todavía la última edición del libro de Sonnemburg[58] publicada en 1915 se titula : Peritiphlitis (apendicitis) como anota Albanese[1].

En nuestro país el detallado artículo de Prat y su casuística, relatada con toda honestidad, terminó con la discusión en 1918[55].

El comienzo de la cirugía biliar: Pouey - Oliver - Bottaro

Esta cirugía también se inició tardíamente. Recién en 1867 Bobbs en Indiana, practicó por una incisión mediana infraumbilical una colecistostomía de elección con sobrevida de la enferma, marsupializando este órgano a la pared[5].

Kocher de Berna en 1878 realizó con éxito una colecistostomía en dos tiempos en un piocolecisto[18].

Pero la primera colecistectomía de elección fue efectuada en 1882, hace menos de 100 años, por Carl Langenbuch, profesor de Cirugía en Berlín, después de planearla minuciosamente operando perros y disecando cadáveres[29]. En 1889 ya había realizado 24 colecistectomías imponiendo la técnica en Alemania[15].

Tres meses después de dictar una conferencia sobre el tratamiento de la peritonitis generalizada, ¡ironía del destino!, murió Langenbuch de una peritonitis apendicular en 1901[19].

La cirugía de la vía biliar principal planeada por él en 1884[60], se inició en realidad con las primeras coledocostomías realizadas por Thornton en 1889 y por Courvoisier en 1890[9].

En nuestro país los únicos datos que hemos encontrado para establecer las prioridades en cirugía biliar, surgen de la Revista Médica; de allí tomamos la historia clínica de una paciente colecistostomizada por Pouey posiblemente en 1898[46]. Transcribo de este autor parte de la historia clínica:

> "Cansada de sufrir y ante la impotencia de los medios generalmente empleados en el tratamiento de la colelitiasis, se resuelve someterse a una operación quirúrgica que se practicó el 27 de junio con el concurso de los doctores Bottaro y Figari y del señor Eduardo Payssé. Anestesiada la enferma con el cloroformo, se puede comprobar más exactamente la existencia de un tumor fluctuante adherido al hígado. Se practica una incisión vertical de diez centímetros sobre la línea prominente del tumor. El hígado, azulado, se presenta notablemente engrosado; se fija entonces la vesícula que deja escapar unos 300 gramos de un líquido espeso, mucoso, casi transparente. El dedo índice introducido en la vesícula, llega a sentir profundamente un cuerpo duro, enclavado en los tejidos, y a movilizarlo con alguna dificultad; una pinza de curación larga lo extrae por fin: es un cálculo biliar del tamaño de una pequeña aceituna y que estaba enclavado en el conducto cístico".

Evidentemente se trataba de un hidrocolecisto con cístico y colédoco permeable, por eso pudo hacer lo que relata al final:

> "El 3 de setiembre, siendo el aspecto de la bilis perfectamente normal, hicimos una sutura al catgut que no dio sino un resultado parcial, pero a fines del mismo mes se cerraba definitivamente la fístula biliar, siendo el estado de la enferma sumamente satisfactorio".

Lamas había publicado una probable colecistostomía realizada en 1893 en una niña de 8 años que operó en Santa Clara del Olimar[28]. Había drenado dos litros de líquido purulento de aspecto grumoso pero no había extraído cálculos de la misma; aparentemente nunca drenó bilis sino pus de la cavidad,

que según Lamas era una vesícula biliar. El caso fue muy discutido pero nunca se pudo aclarar exactamente si se trataba de una vesícula. La paciente murió tuberculosa meses después, y no se realizó la autopsia.

Es decir, que Enrique Pouey sería el iniciador de esta cirugía en nuestro país.

Los cirujanos contemporáneos lo conocen principalmente como el gran maestro de nuestra ginecología por sus importantísimas contribuciones científicas y por la escuela que creó, pero pocos conocen su actuación como cirujano general. Por eso, nos detendremos a relatar algunos datos de su biografía(44).

Nació en Montevideo en 1858 y se graduó en nuestra Facultad en 1884. Fue pensionado por el Gobierno, junto con Soca y Salterain, para estudiar en París.

Fue el primer profesor de Anatomía Topográfica y Medicina Operatoria de nuestra Facultad, entre 1889 y 1895, pasando luego a ocupar la Clínica Ginecológica hasta 1927.

Se hizo famoso al describir la técnica de conización del cuello uterino, procedimiento del que realizó en París varias demostraciones en 1900, cuando aún era inédito.

Paul Petit lo divulgó en 1901 publicando un artículo con este título: “Cure radicale de la cervicite, procédé de Pouey”. Éste comunicó su experiencia recién en 1904, después de operar muchas enfermas(52).

Cirujano brillante, siempre actualizado, viajaba al extranjero manteniéndose al día en las nuevas técnicas y procedimientos no sólo quirúrgicos sino radioterápicos.

En 1911 visitó la Clínica Mayo y fue tal vez el primer cirujano uruguayo en prestar atención a las técnicas norteamericanas, las que divulgó en nuestro país(53).

Antes de 1900 ya había sistematizado las principales técnicas de cirugía ginecológica(45, 48, 49). De un artículo suyo referente a una epidemia de infección postoperatoria en la sala de ginecología del Hospital Maciel, acaecida en 1900, se deduce el caudal operatorio de la misma: una conización, una miomectomía y la cura de una fístula vesicovaginal operadas en una mañana(47).

Creó la cirugía oncológica genital de la mujer y donó de su peculio el Pabellón de Curieterapia del Hospital Pereira Rossell de Montevideo. Su escuela ginecológica fue continuada por Becerro de Bengoa, Pou Orfila, Stajano y otros.

La contribución de Pouey a la cirugía general se deduce de sus múltiples publicaciones de cirugía apendicular, gástrica, biliar e hidática, como veremos después. En 1901 se dio el lujo de apendicectomizar a una embarazada de tres meses en agudo, efectuando el parto de un niño normal seis meses después(50).

La cirugía biliar se continuó realizando esporádicamente. Jaime Oliver, que fue profesor de Anatomía Topográfica y Medicina Operatoria entre 1910 y 1912 y luego de Patología Quirúrgica hasta 1920, operaba en la Sala Mateo Vidal, junto con Luis P. Lenguas(14).

En 1899 intervino a una enferma con un síndrome pilórico practicando una gastroenterostomía en Y de Roux, reoperándola 28 días después para tratar la pericolecistitis litiásica que había determinado la oclusión duodenal. Encontró entonces una fístula colecisto duodenal que cerró efectuando una colecistostomía después de extraer múltiples cálculos vesiculares. La enferma curó(39). Fue la primera fístula biliodigestiva operada en el Uruguay con éxito.

La colecistostomía era una excelente operación, para esa época, sin riesgos; con el único inconveniente de que si había un obstáculo en el colédoco o el cístico, el enfermo podía quedar con una fístula biliar externa o una fístula mucosa intermitente.

Es interesante que de acuerdo a los datos que poseemos, en el Uruguay se efectuó la coledocostomía antes que la colecistectomía. El mismo Oliver publicó en 1903 dos coledocostomías[41].

Su artículo comienza, como de costumbre, explicando lo que había sucedido al respecto en la Sociedad de Cirugía de París. Los dos casos eran muy parecidos.

En noviembre de 1901 internó a una mujer ictérica, practicándole el día 2/12/1901 una coledocostomía con sutura y colecistostomía después de extraer un cálculo del colédoco y varios de la vesícula. Fue dada de alta 20 días después.

El 5/3/1902 operó a otra enferma ictérica, con una vesícula escleroatrófica vacía y un cálculo en el colédoco. Practicó una coledocostomía y extrajo el cálculo, terminando la operación con una coledocorrafia y colecistostomía. La enferma curó su ictericia, cerrando la fístula biliar antes de abril.

Con muy buen criterio, Oliver asocia una colecistostomía a sus coledocorrafias, para drenar la bilis. Tuvo la suerte de que a sus enfermas no le quedaran cálculos residuales en el colédoco.

En Europa, la coledocostomía ideal había dado complicaciones, sobre todo cuando se asociaba a colecistectomía, por eso la coledocostomía no se popularizó hasta que Hans Kehr describió la coledocostomía con tubo[25] y luego su tubo en T[26].

En el Uruguay nos ahorramos esa etapa intermedia, que va desde las coledocostomías con sutura en un tiempo, de K. Thornton y L. Courvoisier, hasta la difusión del tubo de Kehr pasando por la coledocostomía en dos tiempos realizada por Yversen (1892), Quenu (1895) y Kehr (1895)[15, 19].

Ésta consistía en abordar el colédoco en una primera operación dejando mechada la herida desde la piel hasta el conducto que se abría en un segundo tiempo, extrayendo los cálculos.

Le correspondió a Luis Bottaro realizar la primera operación completa de cirugía biliar.

Discípulo de Pugnalin, Bottaro había estudiado en Montevideo, actuando en cirugía general y en ginecología. Su tesis de esta especialidad publicada en 1891, versó sobre el "Curetaje uterino en el tratamiento de la endometritis".

Jefe de Clínica ginecológica en la cátedra de Pouey, al que acompañó durante mucho tiempo en la Sala Santa Rosa del Maciel, fue designado más tarde profesor libre de esta especialidad por la Facultad de Medicina[10]. Maestro de clínica y cirugía, trabajó durante largos años en Montevideo en su Servicio del Hospital Pereira Rossell y en el Sanatorio Uruguay.

Bottaro, en su artículo[6] comienza por señalar la importancia de la coledocostomía de Kehr, destacando la obra de este cirujano alemán, padre de la moderna cirugía biliar.

Kehr ya había publicado sus dos primeros libros editados en 1904[24] y 1905[25] en los que relata, respectivamente, 137 y 1.000 operaciones de cirugía biliar realizadas en Halberstadt.

Bottaro, el 3/2/1905, ayudado por Mondino, operó a una española de 37 años con ictericia. Después de evacuar un hidrocolecisto de 450 gramos, abrió en canal la cara inferior de la vesícula (maniobra de Delageniere), extrayendo

tres cálculos. Como no venía bilis por el cístico, realizó la exploración manual del colédoco, que le permitió localizar un cálculo enclavado en el hepático. Abrió la vía biliar principal extrayéndolo y terminó la operación con una colecistectomía y coledocostomía, dejando un tubo simple de goma, ofrecido frente al orificio. La enferma curó cerrando su fístula biliar al mes de operada.

Bottaro concluye así su presentación[6] a la Sociedad de Medicina:

"Una palabra sobre la conveniencia de no suturar el hepático. Las discusiones que tuvieron lugar en la Sociedad de Cirugía de París han demostrado la benignidad de la talla de las vías biliares sin sutura. A ella debe agregarse lo conveniente que es que esas vías puedan drenarse fácilmente, toda vez que un obstáculo de origen extrínseco, inflamatorio o calculoso se opone al derrame de la bilis en el intestino, y ese drenaje se hace imposible con la sutura, por más que aumente la presión dentro de ellos. Otra de las ventajas del drenaje es, que permite los lavajes de los canales, y por ese medio se pueden extraer cálculos que hayan descendido después de la operación, hecho que según Kehr se presenta en un 10% o 15% de los casos".

Como ya hemos señalado[54], Kehr fue el precursor del actual método de extracción incruenta de Mondet y Mazzariello. Recordemos también que el tubo en T del cirujano alemán recién aparece en su libro de 1913[26].

Bottaro y Mondino habían efectuado simultáneamente la primera colecistectomía y coledocostomía en nuestro país.

Existe un dato que no podemos confirmar, que refiere Dinorah Castiglioni en su artículo[7] sobre la historia de la Cirugía Biliar en el Uruguay: Navarro le habría practicado una colecistectomía al padre del Dr. Julio Nin y Silva en 1898.

Aunque le restemos este mérito, a Navarro le cupo otro más importante. En 1908 operó en Montevideo a un paciente de 60 años con una ictericia de dos meses de evolución, practicando la resección de un cáncer de la ampolla de Vater por vía transduodenal con la técnica utilizada por Körte[23]. Esta observación fue presentada por Hartmann en la Sociedad de Cirugía de París en 1910[20]. Es reproducida por Kausch en el trabajo[23] en que describe su operación de duodenopancreatectomía y por muchos autores posteriormente.

Fue uno de los primeros casos de esta operación realizada con sobrevida.

Lo más notable fue que treinta años después Larghero comunicó que el paciente vivía[30].

Después que apareció el último libro de Kehr en 1913[26], en nuestro país se siguieron sus directivas en cirugía biliar durante casi 50 años, aunque quedaban algunos médicos renuentes a hacer operar las litiasis vesiculares.

Referencias bibliográficas

1. **Albanese A.** El apéndice, la apendicitis y la apendicectomía. Buenos Aires. López, 1977.
2. **Aranguren J.** Peritonitis Agudas de origen Apendicular. Montevideo, 1898. (Tesis).
3. **Berard L, Vignard P.** L'appendicite, etude clinique et critique. París. Masson, 1914.
4. **Billroth Th.** Lehren und Lernen der Medicinischen Wissenschaften an den Universitäten der Deutschen Nation. Wien. Carl Gerolds Sohn, 1876.

5. **Bobbs J.** Case of lithotomy of the gall - bladder. Trans Med Soc Indiana, 68: 1868.
6. **Bottaro L.** Litiasis biliar. Hidropesía de la vesícula; cálculo enclavado en el canal hepático. Hepaticotomía, colecistectomía. Rev Med Uruguay, 8: 115, 1905.
7. **Castiglioni D.** History of Biliary Duct Surgery in Uruguay. Quirón, 10: 17, 1979.
8. **Chifflet A.** Homenaje al Prof. Lamas. Bol Soc Cir Uruguay, 26: 698, 1955.
9. **Courvoisier LG.** Casuistisch - statistiche Beiträge zur Pathologie und Chirurgie der Gallenwege. Leipzig. Vogel, 1890.
10. **Crotoggini J.** Profesor Luis Bottaro. Arch Ginec Obstetr, 6: 4, 1947.
11. **Davis L.** Vida de J. B. Murphy, Petrel de la cirugía. Buenos Aires. Ateneo, 1939.
12. **Dieulafoy G.** Clinique Medicale de l'Hotel Dieu de Paris. Paris. Masson, 1898.
13. **Fitz R.** Perforating inflammation of the vermiform appendix, with special referente to its early diagnosis and treatment. Trans Ass Amer Phys, 1: 107, 1886.
14. **García OTERO J.** 80 años de la Facultad de Medicina. Montevideo. Rosgal, 1956.
15. **Glenn F, Grafe W.** Historical Events in Biliary Tract Surgery. Arch Surg, 93: 848, 1966.
16. **Godlee R.** Lord Lister. London. Oxford Univ. Press, 1924.
17. **Hall R.** Suppurative peritonitis due to ulceration and suppuration of the vermiform appendix; laparotomy; resection of the vermiform appendix; toilette of the peritonaeum; drainage; recovery. N Y Med J, 43: 662, 1886.
18. **Halpert B.** Carl Langenbuch. "Master Surgeon of the Biliary System". Arch Surg, 25: 178, 1932.
19. **Harding Rains AJ.** Gallstones. Causes and Treatment. London, Heinemann, 1964.
20. **Hartmann H.** Cancer de l'ampoule de Vater. Boll Mem Soc Chir Paris, 1340, 1910.
21. **Hospital Británico.** Libro de operaciones. (Manuscrito). 1904.
22. **Karlen M.** Homenaje al Dr. Luis Mondino. Bol Soc Cir Uruguay, 28: 4, 1957.
23. **Kausch W.** Das Carcinom der Papilla duodeni und seine radikale Entfernung. Beitr Klin Chir, 78: 29, 1912.
24. **Kehr H.** Bericht uber 137 Gallensteinlaparotomien. München. Lehmann, 1904.
25. **Kehr H.** Technik der Gallenstein operationen. München Lehmann, 1905.
26. **Kehr H.** Chirurgie der Gallen wege. Stuttgart. Ferdinand Enke, 1913.
27. **Kelly H, Hurdon E.** The vermiform appendix and its diseases. Philadelphia. W. B. Saunders, 1905.
28. **Lamas A.** Un caso de colecistotomía. Rev Med Uruguay, 1: 79, 1898.
29. **Langenbuch C.** Ein Fall von Extirpation der Gallenblase wegen chronischer Cholelithiasis; Heilung. Berl Klin Wschr, 19: 725, 1882.
30. **Larghero P.** El cáncer de la cabeza del páncreas. Estudio Patológico. Bol Soc Cir Uruguay, 20: 804, 1949.
31. **Lenguas L.** Colecistostomía transhepática. Rev Med Uruguay, 4: 430, 1901.
32. **Lockhart J.** La Historia del Hospital Maciel. Rev Hosp Maciel, 1(2): 41, 1980.
33. **Lockhart J.** La Historia del Hospital Maciel. Rev Hosp Maciel, 1(3): 43, 1980.
34. **Mc Burney Ch.** Experience with early operative interference in cases of disease of the vermiform appendix. N Y Med J, 50: 676, 1889.
35. **Mondino L.** Desinfección quirúrgica. Montevideo. Tipografía Británica, 1894.
36. **Navarro A.** Libro de Operaciones de la Clínica Quirúrgica. (Manuscrito). 1901.
37. **Navarro A.** La evolución de la cirugía a través del tiempo. An Fac Med Montevideo (Suppl.), 1: 43, 1916.
38. **Oliver J.** Apendicitis crónica. Apendicectomía a frigore. Curación. Rev Med Uruguay, 2: 263, 1899.
39. **Oliver J.** Gastro-enterostomía y colecistostomía. Rev Med Uruguay, 3: 113, 1900.
40. **Oliver J.** Apendicitis aguda supurada. Rev Med Uruguay, 5: 289, 1902.

41. **Oliver J.** Dos casos de obstrucción calculosa del colédoco, operados por extracción del cálculo, sutura del colédoco y drenaje de la vesícula. Rev Med Uruguay, 6: 369, 1903.
42. **Pernin A.** Maestros de la cirugía uruguaya del pasado: Prof. Luis Mondino. Rev Cir Uruguay, 36: 91, 1966.
43. **Petit P.** Cure radicale de la cervicite, procede de Pouey. Presse Medicale, 1: 239, 1901.
44. **Pou Orfila J.** Bosquejo biográfico del Prof. Pouey. Archivos Uruguayos de Medicina, Cirugía y Especialidades, 14: 402, 1939.
45. **Pouey E.** Histerectomía vaginal, por retroflexión y anexitis doble. Rev Med Uruguay, 1: 228, 1898.
46. **Pouey E.** Colecistostomía por cálculo enclavado en el conducto cístico. Rev Med, Uruguay, 2: 33, 1899.
47. **Pouey E.** Epidemia de infección postoperatoria. Rev Med Uruguay, 3: 109, 1900.
48. **Pouey E.** Cáncer del cuerpo del útero. Rev Med Uruguay, 3: 147, 1900.
49. **Pouey E.** Tratamiento quirúrgico de los fibromiomas uterinos. Rev Med Uruguay, 4: 181, 1901.
50. **Pouey E.** Apendicitis y peritonitis generalizada. Embarazo de dos meses. Operación. Curación. Rev Med Uruguay, 6: 59, 1903.
51. **Pouey E.** Litiasis infección biliar. Colecistostomía y drenaje prolongado. Rev Med Uruguay, 6: 380, 1904.
52. **Pouey E.** Tratamiento quirúrgico de la cervicitis. Actas y Trabajos del 24 Congreso Médico Latino-Americano, 4: 423, 1904.
53. **Pouey E**. Una visita a los hermanos Mayo. Rev Med Uruguay, 14: 211, 1911.
54. **Praderi R, Crestanello F, Rodríguez De Vecchi V, Estefan A.** Colangitis aguda séptica por litiasis residual intrahepática inadvertida. Cir Uruguay, 50: 202, 1980.
55. **Prat D.** Apendicitis aguda; el tratamiento inmediato en cualquier momento de su evolución. An Fac Med Montevideo, 3: 439, 1918.
56. **Prat D.** El Dr. Alfonso Lamas. El profesor y su humanismo. Bol Soc Cir Uruguay, 26: 702, 1955.
57. **Prat D.** Maestros de la cirugía uruguaya del pasado: Prof. Alfonso Lamas. Rev Cir Uruguay, 36: 5, 1966.
58. **Sonnenburg E.** Pathologie und therapie der Perityphlitis (appendicitis). Leipzig. Vogel, 1905.
59. **Thorwald J.** El siglo de los cirujanos. Barcelona. Destino, 1958.
60. **Thorwald J.** El triunfo de la cirugía. Barcelona. Destino, 1960.
61. **Treves F.** Relapsing typhlitis treated by operation. Lancet, 1: 527, 1888.
62. **Vázquez Rolfi D.** Maestros de la cirugía uruguaya del pasado: Alfredo Navarro. Rev Cir Uruguay, 35: 123, 1965.
63. **Woodbury F.** Cases of exploratory laparotomy followed by appropriate remedial operation. Trans Coll Phys Philad, 9: 183, 1887.